



PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE PACIENTES ANTE LA PANDEMIA COVID-19

Guatemala, Julio 2020

Elaborado por:

Licda. Claudia Elizabeth Méndez Meneses
Gerente de Administración y Recursos Humanos

F. 


Autorizado por:

Licda. Ligia Iveth Martínez Noack
Gerente General

f. 




Tabla de Contenido

Objetivo del Manual	Página No. 4
Consideraciones Generales	Página No. 4
Alcance	Página No. 4
Servicios de salud especializados	Página No. 5
Atención integral a pacientes que padecen osteoartritis	Página No. 6
Descripción de los servicios de atención al paciente	Página No. 9
Meta Uno: Cirugías de rodilla	Página No. 9
Meta Dos: Cirugías de cadera	Página No. 11
Meta Tres: Atención a pacientes con consultas médicas especializadas	Página No. 13
Meta Cuatro: Fisioterapias	Página No. 14
Protocolos de atención al paciente	
Cirugías de rodilla y cirugías de cadera	Página No. 15
Consultas médicas especializadas	Página No. 21
Recomendaciones	
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Página No. 23
Anexos	Página No. 24
1. Boleta de Tamizaje COVID-19 Primera Consulta	Página No. 27
2. Boleta de Tamizaje COVID-19 Consultas Preoperatorias y Postoperatorias	Página No. 30
3. Boleta de Tamizaje COVID-19 Reconsultas (Pre Operatorias/Post operatorias)	Página No. 34
4. Boleta de Tamizaje COVID-19 Personal Administrativo	Página No. 36
5. Boleta de Tamizaje COVID-19 Visitas	Página No. 40
6. Proceso Preoperatorio y Postoperatorio	Página No. 44
7. Seguimiento de Pacientes en Cuarentena	Página No. 55
8. Evaluación diaria durante la Cuarentena	Página No. 56
9. Protocolo de bioseguridad para la atención de los donadores de sangre	Página No. 57
10. Boleta de Tamizaje COVID-19 Hospital Multimédica	Página No. 60
11. Proceso para toma de muestra de hisopado para pacientes privados y/o referidos de médicos tratantes –	



FUNDAORTO

Fundación Guatemalteco Americana de Cirugía Ortopédica Avanzada

Hospital Multimédica	Página No. 61
12. Paquete educacional que se entrega al paciente previo a cirugía	Página No. 62
13. Protocolo para uso de quirófanos Covid19 Hospital Ambulatorio Multimédica	Página No. 78
14. Nueva Prueba SARS-CoV-2 PCR	Página No. 79
15. Ficha Epidemiológica Vigilancia Virus Respiratorios – COVID 19 MSPAS	Página No. 82
16. Ordenes Médicas Post Operatorias de Cirugía de Artroplastia	Página No. 83
17. Escala Funcional WOMAC	Página No. 84
18. Hoja de Medición	Página No. 87
19. Plan educativo de ejercicios de fisioterapia post operatoria de reemplazo articular de rodilla	Página No. 90
20. Plan educacional de ejercicios post operatorios para el reemplazo articular de cadera	Página No. 94
21. Cuarentena de 14 días para contactos en el contexto del Covid-19, Gobierno de Guatemala, OPS y OMS	Página No. 116
22. FDA U.S. Food & Drug Administration	Página No. 117
23. Atila BioSystems iAMP COVID-19 Detection Kit	Página No. 128
24. Fact Sheet for Patients iAMP COVID-19 Detection Kit – Atila BioSystems, Inc.	Página No. 136
25. iAMP COVID-19 Rapid, Accurate, Simple	Página No. 138
26. Guía de recomendaciones para el paciente en aislamiento en la casa, IGSS	Página No. 149
27. Protocolo para tratamiento ambulatorio de casos leves de COVID-19 para pacientes del Hospital Herrera Llerandi	Página No. 160
28. "Son ya cuatro meses de pandemia" artículo publicado por Dr. Hugo Eduardo Pezzarossi Zelaya, Infectólogo, ex miembro de la Comisión Presidencial de Atención a la Emergencia del COVID-19 (COPRECOVID)	Página No. 168
29. Presentación COVID-19, Dr. Hugo Eduardo Pezzarossi Zelaya, Infectólogo	Página No. 175
30. Fotos	Página No. 186



OBJETIVO DEL MANUAL

Contar con una herramienta que defina las normas, reglas y procedimientos que sirvan para guiar las actividades dirigidas a la atención de pacientes durante la pandemia del Covid-19.

Los coronavirus son conocidos por provocar un amplio rango de enfermedades, desde un resfriado hasta infecciones respiratorias. El nuevo coronavirus es una cepa no identificada en humanos previamente. Los primeros casos fueron reportados en la ciudad de Wuhan, China y actualmente se conocen casos en casi todo el mundo. Pueden presentarse síntomas como fiebre, escalofríos, tos, estornudos, dolor de garganta, malestar general intenso, respiración rápida, sensación de falta de aire, entre otros.

CONSIDERACIONES GENERALES

Las autoridades de FUNDAORTO son responsables de custodiar, divulgar y capacitar a su personal sobre el contenido de este manual, para la correcta aplicación e inmediata implementación del mismo.

Este manual está sujeto a cambios y revisiones por mejoras.

ALCANCE

Desde el año 2002, FUNDAORTO recibe aportes estatales por disposición del Congreso de la República, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Con estos aportes se cubren los gastos relacionados al cumplimiento de metas físicas como la atención a pacientes por consultas médicas especializadas y la realización de cirugías de rodilla y cirugías de cadera, a través de la suscripción anual de un Convenio de provisión de servicios de salud y cooperación financiera entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y FUNDAORTO, en el cual la Fundación presta los servicios de salud y asistencia social, para apoyar a la población guatemalteca en la atención médico quirúrgica a personas con lesiones de las articulaciones y/o problemas ortopédicos y traumatológicos de rodilla y cadera, bajo principios de proyección social, solidaridad humana y asistencia humanitaria, a personas referidas por la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y autoridades de dicho Ministerio.



SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS

FUNDAORTO atenderá a pacientes o personas referidas por la red de servicios de salud y autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de acuerdo a la proyección de metas físicas, objetivos, indicadores de los servicios de salud y asistencia social contenidos en el "Plan de Trabajo 2020", las cuales se detallan a continuación:

META UNO

Cirugía de rodilla

META DOS

Cirugía de cadera

META TRES

Atención a pacientes con consultas médicas especializadas

- Primera consulta
- Consultas pre operatorias
- Consultas post operatorias

META CUATRO

Fisioterapias





ATENCIÓN INTEGRAL A PACIENTES QUE PADECEN OSTEOARTRITIS

No.	SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS	
1.	CIRUGÍAS DE RODILLA	
1.1	Cirugía de rodilla primaria	Una cirugía de rodilla primaria es un reemplazo articular, en el cual se sustituye la articulación de la rodilla afectada, por la enfermedad de la osteoartritis, y se coloca una prótesis de titanio, que va a suplir la articulación enferma. Devuelve la movilidad y quita el dolor a la persona afectada. En algunos casos, los pacientes requieren de cirugía de ambas rodillas, lo que hace que un procedimiento sea unilateral o bilateral.
1.2	Cirugías ortopédicas especializadas de rodilla	<p>Incluye artroscopías, fracturas traumáticas, lavados, desbridamientos y/o cirugías de extracción de prótesis séptica de rodilla.</p> <p>Artroscopía: Consiste en una cirugía con cámara para resolver quirúrgicamente lesiones de meniscos y ligamentos de manera mínimamente invasiva.</p> <p>Fractura y/o cirugía traumática de rodilla: Resolución quirúrgica de fracturas que involucran la articulación con o sin implante de rodilla.</p> <p>Lavado o desbridamiento: Cirugía que consiste en una operación de limpieza de las articulaciones complicadas por infección o hemorragias severas.</p> <p>Extracción de prótesis séptica de rodilla: Extracción de implantes contaminados o infectados, colocados en articulaciones con infecciones agudas y/o crónicas.</p>



FUNDAORTO

Fundación Guatemalteco Americana de Cirugía Ortopédica Avanzada

1.3	Cirugías ortopédicas con implantes especializados de rodilla	Incluye cirugías tumorales y/o de revisión de rodilla. Las cirugías que pueden consistir o no, en cambio de prótesis o de sus componentes. Esta subdivisión de servicio también incluye cirugías de tumores de hueso (extracción de tumor y/o colocación de implantes tumorales), en las que se requiere de implantes de revisión y/o implantes tumorales.
2.	CIRUGÍAS DE CADERA	
2.1	Cirugía de cadera primaria	Cirugía de reemplazo articular que consiste en sustituir la articulación de cadera afectada por la enfermedad de la osteoartritis y colocarle una prótesis de titanio, que va a suplir la articulación enferma y devolver la movilidad, quitando el dolor a la persona afectada. En algunos casos, los pacientes requieren de cirugía de ambas caderas, lo que hace que un procedimiento sea unilateral o bilateral.
2.2	Cirugías ortopédicas especializadas de cadera	<p>Incluye fracturas traumáticas, lavados, desbridamientos y/o cirugías de extracción de prótesis séptica de cadera.</p> <p>Fractura y/o cirugía que consiste en fijar quirúrgicamente una fractura de la articulación de la cadera, ya sea por medio de placas y tornillos o por prótesis.</p> <p>Lavado o desbridamiento: Cirugía que consiste en una operación de limpieza de las articulaciones complicadas por infección o hemorragias severas.</p> <p>Extracción de prótesis séptica de cadera: Extracción de implantes contaminados o infectados, colocados en articulaciones, con infecciones agudas y/o crónicas.</p>



FUNDAORTO

Fundación Guatemalteco Americana de Cirugía Ortopédica Avanzada

2.3	Cirugías ortopédicas con implantes especializados de cadera	Incluye cirugías tumorales y/o de revisión de cadera. Cirugía que puede consistir o no, en cambio de prótesis o de sus componentes. Esta subdivisión de servicio también incluye cirugías de tumores de hueso (extracción de tumor y/o colocación de implantes tumorales), en las que se requiere de implantes de revisión y/o implantes tumorales.
3.	ATENCIÓN A PACIENTES CON CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS	
3.1	Primeras consultas	Evaluaciones clínicas hechas por médicos especialistas en Traumatología y Ortopedia. Estas consultas sirven para diagnosticar enfermedades y/o lesiones de las articulaciones por primera vez, así como determinar que los pacientes cumplan con las condiciones físicas y clínicas indispensables para poder optar a una cirugía.
3.2	Consultas preoperatorias	Consiste en las evaluaciones necesarias para descartar comorbilidades de los pacientes, garantizando su buen estado de salud y así poder hacer efectiva una cirugía que es considerada de alto riesgo.
3.3	Consultas postoperatorias	Controles clínicos necesarios para evaluar la adecuada recuperación y seguimiento de los pacientes postoperados. Estas consultas se brindan a los quince días, mes y medio, tres meses, seis meses, un año y luego una vez al año después de operados.
4.	FISIOTERAPIAS	
		Terapias de rehabilitación y mediciones de rango a pacientes tanto en clínica, hospital y/o a domicilio.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE

META UNO CIRUGÍAS DE RODILLA

1.1 Cirugía de rodilla primaria

Es una cirugía para reemplazar la articulación de la rodilla por una articulación artificial. A esta articulación artificial se le llama prótesis. Los pacientes pueden necesitar cirugía en una sola rodilla (unilateral) o en ambas rodillas (bilateral).

Descripción:

El cartílago y el hueso dañados se retiran de la articulación de la rodilla y en su lugar, se colocan piezas artificiales.

La razón más común para realizar una artroplastía de rodilla, es aliviar el dolor intenso de la artritis. La artroplastía de rodilla, por lo general se realiza en personas de 60 años en adelante; sin embargo, cada día este padecimiento es más común en personas de menor edad. Los resultados de una artroplastía total de rodilla, con frecuencia son excelentes; la operación alivia el dolor en la mayoría de las personas, quienes ya no necesitan ayuda para caminar al recuperarse totalmente.





1.2 Cirugías ortopédicas especializadas de rodilla

Consisten en artroscopias, fracturas traumáticas, lavados, desbridamientos y/o cirugías de extracción de prótesis séptica de rodilla.

Artroscopía: Consiste en una cirugía con cámara para resolver quirúrgicamente lesiones de meniscos y ligamentos, de manera mínimamente invasiva.

Fractura y/o cirugía traumática de rodilla: Resolución quirúrgica de fracturas que involucran la articulación con o sin implante de rodilla.

Lavado o desbridamiento: Cirugía que consiste en una operación de limpieza de las articulaciones complicadas por infección o hemorragias severas.

Extracción de prótesis séptica de rodilla: Extracción de implantes contaminados o infectados, colocados en articulaciones con infecciones agudas y/o crónicas.

1.3 Cirugías ortopédicas con implantes especializados de rodilla

Consisten en cirugías tumorales y/o de revisión de rodilla.

Cirugía que puede consistir o no, en cambio de prótesis o de sus componentes. Esta subdivisión de servicio también incluye cirugías de tumores de hueso (extracción de tumor y/o colocación de implantes tumorales), en las que se requiere de implantes de revisión y/o implantes tumorales.



META DOS **CIRUGÍAS DE CADERA**

2.1 Cirugías de cadera primaria

Es una cirugía para reemplazar toda o parte de la articulación coxofemoral, por una articulación artificial, la cual se denomina prótesis. Los pacientes pueden requerir de cirugía en una cadera (unilateral) o en ambas caderas (bilateral).

Descripción:

La articulación de la cadera se compone de dos partes principales. Una o ambas partes se pueden reemplazar durante la cirugía:

1. La cavidad de la cadera (una parte del hueso de la pelvis, llamada acetábulo).
2. El extremo superior del fémur (llamado cabeza femoral).

Por qué se realiza el procedimiento:

La razón más común para realizar esta cirugía, es aliviar el dolor de la artritis intensa que está limitando las actividades de los pacientes. La mayoría de las veces, la artroplastía de cadera se hace en personas de 60 años o más; sin embargo, actualmente muchas personas jóvenes se someten a esta cirugía.

Las personas más jóvenes a quienes se les hace un reemplazo de cadera, pueden poner tensión extra sobre la cadera artificial y dicha tensión puede provocar que la articulación se desgaste más pronto que en los pacientes mayores, por lo que parte o toda la articulación posiblemente necesite un reemplazo, si eso sucede.

Los resultados de la artroplastía de cadera, por lo regular son excelentes y la mayor parte o todo el dolor y la rigidez tienden a desaparecer. Algunas personas pueden tener problemas con infección, aflojamiento o incluso dislocación de la nueva articulación de la cadera.



2.2 Cirugías ortopédicas especializadas de cadera

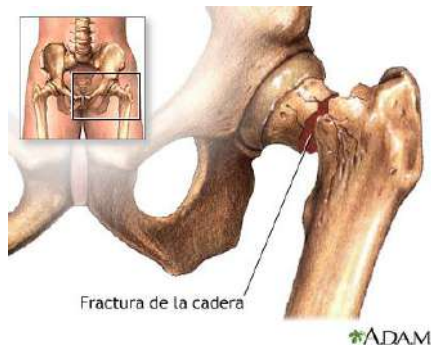
Otras razones para reemplazar la articulación coxofemoral son:

- Fracturas en el fémur.
- Tumores de la articulación coxofemoral.

Fractura traumática: Cirugía que consiste en fijar quirúrgicamente una fractura de la articulación de la cadera, ya sea por medio de placas y tornillos o por prótesis.

Lavado o desbridamiento: Cirugía que consiste en una operación de limpieza de las articulaciones complicadas por infección o hemorragias severas.

Extracción de prótesis séptica de cadera: Extracción de implantes contaminados o infectados, colocados en articulaciones, con infecciones agudas y/o crónicas.



2.3 Cirugías ortopédicas con implantes especializados de cadera

Puede incluir las cirugías de cadera tumoral y/o de revisión de cadera. Las cirugías pueden consistir o no, en cambio de prótesis o de sus componentes. Esta subdivisión de servicio también incluye cirugías de tumores de hueso (extracción de tumor y/o colocación de implantes tumorales), en las que se requiere de implantes de revisión y/o implantes tumorales.





META TRES
ATENCIÓN A PACIENTES CON CONSULTAS MÉDICAS
ESPECIALIZADAS

Primeras consultas

Evaluaciones clínicas hechas por médicos especialistas en traumatología y ortopedia. Estas consultas sirven para diagnosticar enfermedades y lesiones de las articulaciones por primera vez, así como determinar que los pacientes cumplan con las condiciones físicas y clínicas indispensables para poder optar a una cirugía.

Consultas preoperatorias

Consisten en las evaluaciones necesarias para descartar comorbilidades de los pacientes, garantizando su buen estado de salud y así poder hacer efectiva una cirugía que es considerada de alto riesgo.

Consultas postoperatorias

Controles clínicos necesarios para evaluar la adecuada recuperación y seguimiento de los pacientes postoperados. Estas consultas se brindan a los quince días, mes y medio, tres meses, seis meses, un año y luego una vez al año después de operados.





META CUATRO
FISIOTERAPIAS

Terapias de rehabilitación y mediciones de rango a pacientes de la Fundación, tanto en clínica, hospital y/o a domicilio. Incluye dar instrucciones a los pacientes sobre actividades postoperatorias, permitidas en el hospital y en casa. Enseñar ejercicios específicos para pacientes post operados, corregir y mejorar la marcha y aplicación de medios físicos (calor, hielo, estímulo eléctrico, etc.)

La evaluación física pre operatoria se realiza a través de los resultados obtenidos en la prueba Womac. Se adjunta el protocolo.

La hoja de medición tiene como objetivo evaluar y medir los rangos de movilidad articular de la rodilla y cadera. Se adjunta protocolo y hojas de medición para cirugía de cadera y rodilla.

El plan educativo de ejercicios de fisioterapia post operatoria para pacientes operados de reemplazo articular de rodilla y/o cadera, se anexa en este Manual.





PROTOCOLOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE **Cirugías de rodilla y Cirugías de Cadera**

Para la realización de cirugías se debe contar con instalaciones hospitalarias que llenen los requisitos de asepsia necesarios que garanticen la seguridad de todos. Para esto, FUNDAORTO lleva a cabo un evento competitivo y transparente a través del portal de Guatecompras, el cual se determinó las necesidades de encamamiento, capacidad de sala de operaciones, medicamentos, instrumental general y especializado, material médico quirúrgico, personal médico y de enfermería, entre otros; que garantice el éxito de las cirugías de rodilla y cadera.

Se deben seguir protocolos establecidos que garanticen cirugías seguras, para lo cual se deben practicar pruebas de PCR Sars-Cov2 que sean negativas y placa de tórax actualizado a los pacientes. Adicionalmente se deben seguir lineamientos muy estrictos que involucran cuarentenas domiciliarias supervisadas, un meticuloso proceso preoperatorio y un proceso post operatorio seguro. Para esto, FUNDAORTO lleva excelentes controles en la selección y programación de cirugías, sin embargo no se puede olvidar que el perfil del paciente de esta Fundación, es un paciente de riesgo ya que, en la mayoría de casos, son adultos mayores que sufren de morbilidades que pueden poner en riesgo al paciente en la etapa post operatoria.

Debido a la situación actual por la pandemia del Covid-19, los centros hospitalarios se han visto en la necesidad de reforzar las medidas de seguridad que garanticen trabajar en espacios libres de cualquier contagio. Es por eso que como protocolo para cirugía solicitan que cada paciente presente, además de sus pruebas preoperatorias, el resultado de la prueba Covid-19; para lo cual ponen a disposición diferentes opciones de prueba de laboratorio, las cuales se detallan a continuación:

Antígeno SARS Cov-2: es útil en pacientes con al menos 48 horas de síntomas. Un resultado positivo podrá interpretarse como confirmado. Un diagnóstico negativo en un paciente con síntomas y alta sospecha de Covid-19, debe considerarse como falso negativo y realizar PCR.

PCR Múltiple: esta prueba ofrece la ventaja de además de detectar SARS Cov-2, es capaz de detectar 21 agentes respiratorios, incluidos otros virus y bacterias atípicas. Confiere la ventaja de ser útil en el paciente asintomático. La prueba de elección para



todos los pacientes preoperatorios es PCR múltiple y es necesario solicitarla al hospital con 24 horas de anticipación.

PCR Panel Respiratorio + Sars-Cov-2	
VIRUS	
Adenovirus	
Coronavirus	HKU1
Coronavirus	NL63
Coronavirus	229E
Coronavirus	OC43
Metapneumovirus humano	
Rinovirus / enterovirus humano	
Influenza	A
Influenza	A/H1
Influenza	A/H1-2009
Influenza	A/H3
Influenza	B
Virus parainfluenza	1
Virus parainfluenza	2
Virus parainfluenza	3
Virus parainfluenza	4
Virus sincitial respiratorio	
SARS-Cov-2	
BACTERIAS	
Bordetella pertussis	
Chlamydia pneumoniae	
Mycoplasma pneumoniae	

Dímero D Ferritina e interleucina 6: marcadores útiles para determinar la severidad de la enfermedad de un paciente confirmado con Covid-19.

Tomografía Tórax: útil en casos con alta sospecha clínica-analítica y dificultad para obtener PCR o con PCR no concluyente. Recomendada en pacientes con enfermedades pulmonares concomitantes, ha mostrado alta sensibilidad para



detección temprana de neumonía asociada a Covid-19. Útil ante la sospecha de tromboembolia pulmonar.

Como parte del protocolo de prevención del Covid-19, se incluye la realización de pruebas previo al procedimiento quirúrgico. En caso la prueba salga negativa, el procedimiento podrá continuar como programado sin ninguna intervención adicional. En el caso que el resultado de la prueba sea positivo, el hospital procederá de la siguiente manera:

Cirugía ambulatoria: la misma deberá ser reprogramada al finalizar el período de la enfermedad de acuerdo con la evolución del paciente, promedio de 14 días. Es necesario realizar una prueba control para asegurar un resultado negativo.

Cirugía de emergencia:

- ✓ Como primera alternativa el paciente puede ser trasladado a otro centro hospitalario.
- ✓ Contar con un plan B en caso de pacientes positivos para Covid-19.

El Hospital Ambulatorio Multimédica ha diseñado un protocolo para uso de quirófanos por el Covid.19, el cual sirve de guía eficaz en el adecuado uso y manejo de los quirófanos por parte de médicos tratantes, médicos ayudantes, médicos residentes, personal de enfermería, personal técnico y de apoyo, con el objetivo de prevenir el contagio del coronavirus mejor conocido como SARS-COV-2. Se adjunta el detalle de los lineamientos mínimos básicos dentro del hospital para el adecuado manejo del paciente y prevenir así el contagio de Covid-19.

Adicionalmente el Hospital Multimédica emite boleta de tamizaje COVID-19, la cual detalla síntomas clínicos, co morbilidades y riesgos epidemiológicos.

La empresa TecniScan cuenta con una nueva prueba Sars-CoV-2 PCR a un precio más asequible y con entrega de resultados en menos de 24 horas. Cuenta con 100% de sensibilidad y especificidad. Para la realización de esta prueba, TecniScan cuenta con protocolos activados de desinfección, así como el equipo de protección para el cuidado de la salud de sus colaboradores y pacientes. Utiliza la prueba de hisopado nasofaríngeo. La prueba es realizada por un técnico debidamente protegido con su equipo de protección personal y se puede realizar en pacientes que presenten síntomas o no de COVID-19. Se adjunta folleto informativo.



FUNDAORTO

Fundación Guatemalteco Americana de Cirugía Ortopédica Avanzada

Adicionalmente se adjunta la Ficha Epidemiológica Vigilancia Virus Respiratorios – COVID 19, emitida por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través del Centro de Epidemiología del Gobierno de Guatemala.

Dentro de los lineamientos establecidos para pacientes, candidatos a procedimientos quirúrgicos, se encuentran los siguientes:

- La selección de pacientes está a cargo de FUNDAORTO y su equipo médico.
- Las evaluaciones preoperatorias de pacientes, así como su papelería hospitalaria, será entregado a la Dirección Médica del hospital por lo menos con 48 horas de anticipación. Esto dará la oportunidad a la Dirección Médica y al Departamento de Anestesiología, de revisar los expedientes médicos.
- El personal médico de FUNDAORTO proveerá las órdenes médicas postoperatorias, así como las recetas e instrucciones postoperatorias.
- Los pacientes ingresarán al hospital, el día previo a la cirugía, a las 06:30 A.M. en el tercer nivel, donde les será asignada una habitación individual.
- Se proporcionará a los familiares de un número telefónico para que puedan preguntar por el estado de su paciente.
- El paciente deberá traer, únicamente, los medicamentos que toma de manera constante.
- La ropa que trae puesta el paciente deberá entregarse al familiar que lo acompaña. Únicamente se permitirá ropa interior, un par de zapatos cómodos, calcetas o calcetines, una mudada de ropa limpia para su egreso y un celular. Todo esto deberá traerlo en bolsa transparente debidamente rotulada.
- Se efectuará la prueba Covid y, de ser negativa, el paciente quedará ingresado para cirugía. Todos los pacientes deberán ser ingresados en habitaciones individuales, de ser posible.
- Si la prueba resulta positiva, el hospital procederá con los protocolos correspondientes y se enviará al paciente a su casa para que se encarguen de su tratamiento.
- Las autoridades de Terapia Celular deberán ser informados de que las muestras para compatibilidades deberán ser tomadas a los pacientes ya ingresados, en el área de encamamiento.
- Las cirugías iniciarán a las 07:30 A.M. y se utilizarán dos quirófanos, además de contar con la opción de un tercero.



FUNDAORTO

Fundación Guatemalteco Americana de Cirugía Ortopédica Avanzada

- El equipo de trabajo consiste en: personal de sala de operaciones del hospital, equipo quirúrgico de FUNDAORTO y un técnico de la empresa de implantes. Adicionalmente, fuera de sala de operaciones, habrán dos encargados para la organización de los implantes.
- Respecto al equipo de protección del personal quirúrgico, se utilizará la ropa descartable, agregando la mascarilla con visor N95 y las botas altas encima de los zapatos descartables.
- El día de la cirugía el paciente deberá bañarse temprano, haciendo énfasis en miembros inferiores y pies.
- El día de egreso del paciente únicamente se permitirá un familiar.
- Los pacientes serán puestos en cuarentena domiciliar voluntaria, misma que deberá ser supervisada bajo los lineamientos de FUNDAORTO.
- El paciente será contactado por el Hospital Multimédica 48 horas antes de su procedimiento para realizar tamizaje de síntomas respiratorios y vigilancia epidemiológica.
- Todo paciente deberá realizarse en Hospital Multimédica la prueba de detección de SARS CoV2 mediante PCR u otra prueba confiable, antes del procedimiento quirúrgico y además llenar la boleta de tamizaje.
- El tiempo de estancia hospitalaria será aproximadamente de 2 días para los pacientes que requieran procedimiento bilateral o unilateral, respectivamente. Esto puede variar de acuerdo con la evolución del paciente y recomendación médica.
- Se tratará, en la medida de lo posible, que los pacientes sean ingresados en habitaciones individuales.
- Se permitirá el ingreso de un acompañante a sala de espera. Las visitas al área de preparación, recuperación o encamamiento están prohibidas.
- El equipo de protección personal será proporcionado por el hospital de acuerdo a las recomendaciones internacionales.
- Los anestesiólogos deberán hacer uso de las cajas de aerosol de acrílico proporcionadas por el hospital.
- Deberá minimizarse el número de personas al momento de la intubación.
- Deberán apegarse el colocar filtros en los circuitos de anestesia.
- El cambio de ropa quirúrgica es obligatorio, no permitiéndose su uso fuera de las instalaciones del hospital.
- Deberá limitarse el número de personal dentro del quirófano.



FUNDAORTO

Fundación Guatemalteco Americana de Cirugía Ortopédica Avanzada

- Todo equipo que se necesite para el procedimiento quirúrgico debe ingresar por central de equipos, con el fin de asegurar y garantizar su adecuada desinfección y esterilización.

Cabe mencionar que el apego a medidas de precaución estándar es obligatorio en todo personal administrativo, médico, de enfermería, pacientes y visitas. Esto incluye toma de temperatura al momento del ingreso, adecuada higiene de manos, higiene respiratoria y uso de mascarilla. Se recomienda no utilizar maquillaje, mantener las uñas cortas y sin pintura/gelish, evitar el uso de joyas, utilizar el cabello recogido y en el caso de los hombres no utilizar barba. Evitar el uso de teléfonos dentro de los quirófanos, así como el ingreso de alimentos.

El Hospital Multimédica cuenta con recurso humano capacitado, incluyendo 1 coordinador médico con especialidad en medicina interna y subespecialidad en infectología, 4 médicos residentes, 1 jefe de enfermería y enfermeras auxiliares. El hospital tiene de llamada un médico intensivista y de terapia respiratoria. Adicionalmente, el hospital cuenta con el equipo necesario para responder a un PCR, incluido lo siguiente:

- Tres cajas de PCR con medicamentos
- Un desfibrilador portátil automático
- Un desfibrilador manual bifásico
- Un ventilador mecánico

Con relación a las recetas que serán entregadas a los pacientes al egreso del hospital, las dosis van anotadas en cada receta. Únicamente se dará a los pacientes el BOLENTAX, CLEXANE, CLAVULIN C-12 o ELEQUINE o TAVANIC 500mg., dependiendo el caso.





PROTOCOLOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE

Consultas Médicas Especializadas

Primeras consultas

Con el propósito de tomar las mejores medidas de seguridad tanto para los pacientes como para los colaboradores de la Fundación, se estableció que toda persona que visita FUNDAORTO debe contestar una Boleta de Tamizaje específicamente diseñada para atender los protocolos de seguridad ante la emergencia del Covid-19. Este procedimiento fue diseñado por la Gerencia General en conjunto con el equipo médico cuyo fin es recolectar información veraz sobre posibles síntomas que pudieran ser positivos para Coronavirus.

El personal de recepción y/o enfermería serán las personas responsables de pasar el cuestionario, telefónicamente, tanto al paciente como a su acompañante previo a la cita de primera consulta. Deberá contestar honestamente toda la información de tipo médico y de aspectos tecnológicos, con el fin de llevar un estricto control de las personas que visitan la Fundación.

Solamente se permite un acompañante por paciente y deberán portar mascarillas de seguridad todo el tiempo, además de seguir los protocolos de higiene establecidos por FUNDAORTO.





PROTOCOLOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE

Consultas Médicas Especializadas

Consultas preoperatorias y consultas postoperatorias

Las consultas preoperatorias y postoperatorias llevan un proceso detallado, en el cual se definen los pasos y el personal responsable de llevar a cabo cada tarea. Ha sido diseñado por la Gerencia General con el fin de definir claramente las diferentes actividades que deben ser realizadas en todo el proceso de atención al paciente.

Si un paciente es confirmado como Covid-19 positivo, será enviado a casa con las recomendaciones pertinentes. FUNDAORTO no será responsable del tratamiento o cuidados de la persona infectada, el tratamiento o cuidado es responsabilidad de la persona infectada. Se deberán llevar a cabo los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el hospital responsable, en los casos que hayan sido programados para cirugía.

Al igual que en las primeras consultas, las evaluaciones pre y postoperatorias deben también cumplir con una Boleta de Tamizaje COVID-19 y es el personal de recepción y/o enfermería el responsable de pasar el cuestionario, telefónicamente, tanto al paciente como a su acompañante previo a su cita. El paciente deberá contestar honestamente toda la información de tipo médico y de aspectos tecnológicos, con el fin de llevar un estricto control de las personas que visitan la Fundación.

Solamente se permite un acompañante por paciente y deberán portar mascarillas de seguridad todo el tiempo, además de seguir los protocolos de higiene establecidos por FUNDAORTO.

Adicionalmente, se ha establecido que todo paciente candidato a cirugía de rodilla o cirugía de cadera, debe cumplir con una cuarentena domiciliar para lo cual se ha diseñado, en conjunto con el Hospital Multimédica, el seguimiento y protocolo que deberán cumplir; por lo que cada paciente deberá llenar el cuadro de Seguimiento de Pacientes en Cuarentena y la Evaluación diaria durante la Cuarentena, con el fin de asegurar que el paciente no tiene Covid-19 y puede someterse a una intervención quirúrgica.



Recomendaciones

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social



Lávate las manos frecuentemente, con agua y jabón, mínimo 20 segundos.



Cúbrete la nariz y boca con el antebrazo o pañuelo desechable, al estornudar o toser.



Lávate las manos antes de tocarte los ojos, nariz o boca.



Evita el contacto directo con personas con problemas respiratorios.





Anexos

1. Boleta de Tamizaje COVID-19 Primera consulta
2. Boleta de Tamizaje COVID-19 Consultas Preoperatorias y Postoperatorias
3. Boleta de Tamizaje COVID-19 Reconsultas (Pre Operatorias/Post operatorias)
4. Boleta de Tamizaje COVID-19 Personal Administrativo
5. Boleta de Tamizaje COVID-19 Visitas
6. Proceso Preoperatorio y Postoperatorio
7. Seguimiento de Pacientes en Cuarentena
8. Evaluación diaria durante la Cuarentena
9. Protocolo de bioseguridad para la atención de los donadores de sangre
10. Boleta de Tamizaje COVID-19 Hospital Multimédica
11. Proceso para toma de muestra de hisopado para pacientes privados y/o referidos de médicos tratantes – Hospital Multimédica
12. Paquete educacional que se entrega al paciente previo a cirugía:
Documentación de FUNDAORTO:
 - ✓ Información de Terapia Celular (Banco de Sangre)
 - ✓ Instructivo para Cirugía Reconstructiva de Rodilla o Cadera
 - ✓ Hoja informativa sobre el proceso preoperatorio
 - ✓ Hoja informativa "Cuarentena de 14 días para contactos en el contexto del Covid-19" emitido por el Gobierno de Guatemala, OPS y OMS
 - ✓ Hoja de Evaluación diaria durante la cuarentena emitida por el Hospital Multimédica y FUNDAORTO
 - ✓ Hoja informativa sobre el día de ingreso al hospital



FUNDAORTO

Fundación Guatemalteco Americana de Cirugía Ortopédica Avanzada

- ✓ Documento Legal: a) boleta de datos personales del paciente para documento legal, b) Fotocopia de DPI y c) Autorización para tratamiento médico, intervención quirúrgica y exoneración de responsabilidad a favor de la Fundación Guatemalteco Americana de Cirugía Ortopédica Avanzada-FUNDAORTO-
- ✓ Documentación del Hospital Ambulatorio Multimédica:
- ✓ Hoja de Ingreso de Paciente a Procedimiento Quirúrgico
- ✓ Contrato de Adhesión de Prestación de Servicios Hospitalarios
- ✓ Consentimiento informado de operación quirúrgica, sedación, diagnóstico, tratamiento y/o procedimientos
- ✓ Cuestionario de salud general
- ✓ Compromiso de pago inmediato y responsabilidad (FUNDAORTO es responsable de la cuenta)
- ✓ Reconocimiento y Aceptación de Contrato de Adhesión de Servicio Médico-Hospitalario con el Hospital Ambulatorio Multimédica
- ✓ Consentimiento Informado para la Anestesia

13. Protocolo para uso de quirófanos Covid19 Hospital Ambulatorio Multimédica

14. Nueva Prueba SARS-CoV-2 PCR

15. Ficha Epidemiológica Vigilancia Virus Respiratorios – COVID 19 MSPAS

16. Ordenes Médicas Post Operatorias de Cirugía de Artroplastia

17. Escala Funcional WOMAC

18. Hoja de Medición

19. Plan educativo de ejercicios de fisioterapia post operatoria de reemplazo articular de rodilla

20. Plan educacional de ejercicios post operatorios para el reemplazo articular de cadera





FUNDAORTO

Fundación Guatemalteco Americana de Cirugía Ortopédica Avanzada

21. Cuarentena de 14 días para contactos en el contexto del Covid-19, Gobierno de Guatemala, OPS y OMS
22. FDA U.S. Food & Drug Administration
23. Atila BioSystems iAMP COVID-19 Detection Kit
24. Fact Sheet for Patients iAMP COVID-19 Detection Kit – Atila BioSystems, Inc.
25. iAMP COVID-19 Rapid, Accurate, Simple
26. Guía de recomendaciones para el paciente en aislamiento en la casa, IGSS
27. Protocolo para tratamiento ambulatorio de casos leves de COVID-19 para pacientes del Hospital Herrera Llerandi
28. "Son ya cuatro meses de pandemia" artículo publicado por Dr. Hugo Eduardo Pezzarossi Zelaya, Infectólogo, ex miembro de la Comisión Presidencial de Atención a la Emergencia del COVID-19 (COPRECOVID)
29. Presentación COVID-19, Dr. Hugo Eduardo Pezzarossi Zelaya, Infectólogo
30. Fotos



Boleta de Tamizaje COVID-19

Primera Consulta

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Motivo de consulta: _____

Llenado por personal de recepción al hacer las citas a pacientes (Consultas especializadas, reconsultas y consultas pre y post operatorias)

A) ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?

	Si	No	Observaciones
Fiebre, escalofríos			
Tos seca			
Dolor de cuerpo			
Dolor de garganta			
Dificultad para respirar			
Dolor de cabeza			
Secreción Nasal			
Náusea, vómitos			
Diarrea			

B) Responda honestamente y tratando de recordar la mayoría de detalles posibles

	Si	No	Detalles
¿Ha estado en contacto con una persona con COVID-19 en los últimos 15 días?			
¿Alguien de su familia o conocido está actualmente en cuarentena?			
¿Alguien de su familia ha ingresado al país en los últimos 15 días?			
¿Ha viajado en los últimos 7 días?			
¿Algún familiar o conocido ha presentado algún síntoma mencionado anteriormente?			
¿Actualmente se encuentra trabajando presencialmente para alguna empresa? ¿Cuál?			
¿Está inmunosuprimido? ¿Utiliza esteroides?			
¿Padece de Cáncer? ¿Recibe quimioterapia o radioterapia?			
¿Sufre de Artritis Reumatoidea? ¿Lupus?			

	Si	No	Detalles
¿Está Usted embarazada?			
¿Padece de algún problema pulmonar, utiliza oxígeno? Enfermedad pulmonar, asma?			
¿Es Usted diabético?			
¿Sufre de hipertensión arterial?			
¿Ha sido diagnosticado con HIV?			
¿Padece Usted de problemas renales, recibe hemodiálisis o diálisis peritoneal?			
¿La persona que lo acompaña sufre de algún problema respiratorio o gripe? ¿Tiene fiebre?			
¿La persona que lo acompaña está embarazada?			
¿Posee celular para ser utilizado con redes sociales? Whatsapp, facetime, Facebook, Skype, zoom, etc....			
Alguien en su hogar posee computadora? ¿Tiene acceso a Internet?			

Acepto que toda la información proporcionada es verídica.

Firma y nombre del paciente: _____

DPI: _____

Firma y nombre del acompañante: _____

El paciente deberá vivir en la ciudad capital.

No deberá ser mayor de 65 años.

Únicamente un acompañante por paciente.

Deberán portar mascarillas de seguridad todo el tiempo y seguir los protocolos de higiene establecidos.



Boleta de Tamizaje COVID-19
RECONSULTAS
(PRE OPERATORIAS / POST OPERATORIAS)

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

DPI: _____

Domicilio: _____

Motivo de consulta: _____

Llenado por personal de recepción al hacer las citas a pacientes, que solicitan reconsultas.

A) ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?

	Si	No	Observaciones
Fiebre, escalofríos			
Tos seca			
Dolor de cuerpo			
Dolor de garganta			
Dificultad para respirar			
Dolor de cabeza			
Secreción Nasal			
Náusea, vómitos			
Diarrea			

B) Responda honestamente y tratando de recordar la mayoría de detalles posibles

	Si	No	Detalles
¿Ha estado en contacto con una persona con COVID-19 en los últimos 15 días?			
¿Alguien de su familia o conocido está actualmente en cuarentena?			
¿Alguien de su familia ha ingresado al país en los últimos 15 días?			
¿Ha viajado en los últimos 7 días?			
¿Algún familiar o conocido ha presentado algún síntoma mencionado anteriormente?			
¿Actualmente se encuentra trabajando presencialmente para alguna empresa? ¿Cuál?			
¿Está inmunosuprimido? ¿Utiliza esteroides?			
¿Padece de Cáncer? ¿Recibe quimioterapia o radioterapia?			
¿Sufre de Artritis Reumatoidea? ¿Lupus?			

	Si	No	Detalles
¿Está Usted embarazada?			
¿Padece de algún problema pulmonar, utiliza oxígeno? Enfermedad pulmonar, asma?			
¿Es Usted diabético?			
¿Sufre de hipertensión arterial?			
¿Ha sido diagnosticado con HIV?			
¿Padece Usted de problemas renales, recibe hemodiálisis o diálisis peritoneal?			
¿La persona que lo acompaña sufre de algún problema respiratorio o gripe? ¿Tiene fiebre?			
¿La persona que lo acompaña está embarazada?			
¿Hace cuanto tiempo fue operado?			
¿Qué tipo de cirugía se le realizó?			
¿Ha sufrido de algún traumatismo?			
¿Está sufriendo de algún problema que amerite evaluación médica?			
¿Tiene inflamación o algún drenaje en el área operada?			
Otras molestias			



¿Posee celular para ser utilizado con redes sociales? Whatsapp, facetime, Facebook, Skype, zoom, etc.			
¿Alguien en su hogar posee computadora? ¿Tienen acceso a Internet?			

Acepto que toda la información proporcionada es verídica. _____

Firma y nombre del paciente: _____

DPI: _____

Firma y nombre del acompañante: _____

El paciente deberá vivir en la ciudad capital.

No deberá ser mayor de 65 años.

Únicamente un acompañante por paciente.

Deberán portar mascarillas de seguridad todo el tiempo y seguir los protocolos de higiene establecidos.

Boleta de Tamizaje COVID-19 PERSONAL ADMINISTRATIVO

Fecha: _____

Nombre del colaborador: _____

Edad: _____

Cargo que ocupa: _____

A continuación se presentan preguntas las cuales debe contestar de manera honesta.

A) ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?

	Si	No	Observaciones
Fiebre, escalofríos			
Tos seca			
Dolor de cuerpo			
Dolor de garganta			
Dificultad para respirar			
Dolor de cabeza			
Secreción Nasal			
Náusea, vómitos			
Diarrea			

B) Responda honestamente y tratando de recordar la mayoría de detalles posibles.

	Si	No	Detalles
¿Ha estado en contacto con una persona con COVID-19 en los últimos 15 días?			
¿Alguien de su familia o conocido está actualmente en cuarentena?			
¿Alguien de su familia ha ingresado al país en los últimos 15 días?			
¿Ha viajado en los últimos 7 días?			
¿Algún familiar o conocido ha presentado algún síntoma mencionado anteriormente?			
¿Actualmente se encuentra trabajando presencialmente para alguna empresa? ¿Cuál?			
¿Está inmunosuprimido? ¿Utiliza esteroides?			
¿Padece de Cáncer? ¿Recibe quimioterapia o radioterapia?			
¿Sufre de Artritis Reumatoidea? ¿Lupus?			

	Si	No	Detalles
¿Está Usted embarazada?			
¿Padece de algún problema pulmonar, utiliza oxígeno? Enfermedad pulmonar, asma?			
¿Es Usted diabético?			
¿Sufre de hipertensión arterial?			
¿Ha sido diagnosticado con HIV?			
¿Padece Usted de problemas renales, recibe hemodiálisis o diálisis peritoneal?			
¿Si viene acompañado, la persona que lo acompaña sufre de algún problema respiratorio o gripe? ¿Tiene fiebre?			
¿La persona que lo acompaña está embarazada?			
¿Ha sido operado recientemente?			
¿Qué tipo de cirugía se le realizó?			
¿Ha sufrido de algún traumatismo?			
¿Está sufriendo de algún problema que amerite evaluación médica?			
¿Tiene inflamación o algún drenaje en el área operada?			
Otras molestias			



¿Posee celular para ser utilizado con redes sociales? Whatsapp, Facetime, Facebook, Skype, Zoom, etc.			
¿Posee computadora? ¿Tiene acceso a internet? ¿Cuál es su correo electrónico?			

Por este medio acepto que toda la información proporcionada es verídica.

Nombre del colaborador: _____

DPI: _____

Firma del colaborador: _____

TODO COLABORADOR DEBERÁ PORTAR MASCARILLA DE SEGURIDAD TODO EL TIEMPO Y SEGUIR LOS PROTOCOLOS DE HIGIENE ESTABLECIDOS

Boleta de Tamizaje COVID-19 VISITAS

Fecha: _____

Nombre del visitante: _____

Edad: _____

Motivo de su visita: _____

A continuación se presentan preguntas las cuales debe contestar de manera honesta.

A) ¿Presenta alguno de los siguientes síntomas?

	Si	No	Observaciones
Fiebre, escalofríos			
Tos seca			
Dolor de cuerpo			
Dolor de garganta			
Dificultad para respirar			
Dolor de cabeza			
Secreción Nasal			
Náusea, vómitos			
Diarrea			

B) Responda honestamente y tratando de recordar la mayoría de detalles posibles.

	Si	No	Detalles
¿Ha estado en contacto con una persona con COVID-19 en los últimos 15 días?			
¿Alguien de su familia o conocido está actualmente en cuarentena?			
¿Alguien de su familia ha ingresado al país en los últimos 15 días?			
¿Ha viajado en los últimos 7 días?			
¿Algún familiar o conocido ha presentado algún síntoma mencionado anteriormente?			
¿Actualmente se encuentra trabajando presencialmente para alguna empresa? ¿Cuál?			
¿Está inmunosuprimido? ¿Utiliza esteroides?			
¿Padece de Cáncer? ¿Recibe quimioterapia o radioterapia?			
¿Sufre de Artritis Reumatoidea? ¿Lupus?			

	Si	No	Detalles
¿Está Usted embarazada?			
¿Padece de algún problema pulmonar, utiliza oxígeno? Enfermedad pulmonar, asma?			
¿Es Usted diabético?			
¿Sufre de hipertensión arterial?			
¿Ha sido diagnosticado con HIV?			
¿Padece Usted de problemas renales, recibe hemodiálisis o diálisis peritoneal?			
¿Si viene acompañado, la persona que lo acompaña sufre de algún problema respiratorio o gripe? ¿Tiene fiebre?			
¿La persona que lo acompaña está embarazada?			
¿Ha sido operado recientemente?			
¿Qué tipo de cirugía se le realizó?			
¿Ha sufrido de algún traumatismo?			
¿Está sufriendo de algún problema que amerite evaluación médica?			
¿Tiene inflamación o algún drenaje en el área operada?			
Otras molestias			



¿Posee celular para ser utilizado con redes sociales? Whatsapp, Facetime, Facebook, Skype, Zoom, etc.			
¿Posee computadora? ¿Tiene acceso a internet? ¿Cuál es su correo electrónico?			

Por este medio acepto que toda la información proporcionada es verídica.





Nombre del visitante: _____




DPI: _____

Firma del visitante: _____

TODO VISITANTE DEBERÁ PORTAR MASCARILLA DE SEGURIDAD TODO EL TIEMPO Y SEGUIR LOS PROTOCOLOS DE HIGIENE ESTABLECIDOS

PROCESO PRE OPERATORIO Y POST OPERATORIO

	<p>Escoger pacientes para evaluación preoperatoria</p> <ul style="list-style-type: none">• Revisión de expedientes de pacientes en lista de espera• Rayos X y factores de riesgo <p>Responsables: Dres. Claverie, personal de enfermería y recepción</p>
	<p>Programación de citas preoperatorias</p> <ul style="list-style-type: none">• Tamizaje telefónico a cada paciente previo a cita• Planificación de citas con horario especial de 5 a 10 pacientes por distanciamiento social• Pacientes diabéticos solicitar paquete de diabético vía telefónica o WhatsApp <p>Responsables: Personal de recepción y enfermería</p>
	<p>Paciente diabético con resultados negativos no se cita a preoperatorio (resultados serán enviados vía electrónica o WhatsApp)</p> <p>Estos resultados serán evaluados por médico internista quien enviará informe vía correo electrónico</p> <p>Responsables: Personal de enfermería y Médico Internista</p>
	<p>Consulta preoperatoria especializada Ortopédica</p> <ul style="list-style-type: none">• Durante esta cita el personal de recepción y enfermería deberán:<ul style="list-style-type: none">○ Completar papelería pendiente en el expediente del paciente

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Repetir rayos X si fuere necesario y solicitado por el Cirujano Ortopedista ○ Coordinar medición de rangos de movilidad y Womac con Fisioterapista <p>Responsables: Especialista en cirugía ortopédica Personal de enfermería Personal de recepción Fisioterapista</p>
	<p>Se le dará información al paciente confirmado para cirugía sobre el proceso de evaluación médica y cuarentena</p> <p>Responsable: Gerencia General</p>
	<p>Durante la evaluación se detectará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente con enfermedad temprana, seguirá en lista de espera • Alto grado de riesgo o dificultad quirúrgica será dado de baja (falta de material médico quirúrgico, no disponible en el mercado local) • Paciente que no se presente sin causa justificada se le dará la oportunidad a otra persona
	<p>Previo a coordinar cita preoperatoria de Medicina Interna se deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recopilar expedientes de pacientes a programar • Preparar documentos legales (coordinar con asesoría legal y proporcionar la información necesaria) • Impresión de hojas de cuarentena • Papelería de ingreso al hospital

- Trifoliales informativos
- Ordenes de diagnóstico preoperatorias
- Programación de citas preoperatorias
- Coordinar con Médico Internista

Responsables:

Personal de recepción

Personal de enfermería

Abogada y Notario



Evaluación paquete preoperatorio

- Coordinar listados de pacientes con al menos 48 horas de anticipación
- Enviar listados y órdenes de laboratorio, con no menos de 48 horas de anticipación, al laboratorio responsable y a las autoridades pertinentes

Responsables:

Personal de recepción

Personal de enfermería

Cita Preoperatoria con Médico Internista

- Coordinar con Médico Internista horarios y número de pacientes a atender
- Citar con horarios espaciados para conservar el distanciamiento social
- Paciente se presenta en ayuno de 12 a 14 horas, siguiendo todos los protocolos de bioseguridad para realización de estudios de laboratorio, rayos X de tórax, doppler venoso (rodillas) y electrocardiograma. Únicamente se permitirá un acompañante y no podrá ingresar a la consulta
- Luego de realizar exámenes y dejar muestras se procede a evaluación física en clínica

- Personal de enfermería completa factores de riesgo, si estuvieran incompletos. Se procede a pesar al paciente, talla, toma de presión, pulso, respiración y saturación de oxígeno.
- Después pasa a evaluación clínica con Médico Internista.

Responsables:

Personal de laboratorio asignado

Personal de recepción

Personal de enfermería

Médico Internista



Plan Educacional

- Durante la evaluación preoperatoria por Médico Internista se dará Plan Educacional a cada paciente, entregando toda la papelería necesaria para completar expedientes, así como evaluación por Fisioterapeuta si ésta no estuviera completa.
- Se entregará material informativo a cada paciente
- Paciente completará la papelería necesaria para ingreso al hospital, así como firma de documentos pendientes y documento legal.

Responsable:

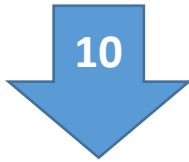
Gerencia General

Cuarentena domiciliar supervisada

- Inicia el día de toma de muestras y evaluación del Médico Internista (14 días según manual de OPS).

- Se proporcionará información al paciente y una hoja de control.
- El Personal de Enfermería monitoreará telefónicamente a cada uno de los pacientes en cuarentena domiciliar.

Responsables:
Gerencia General
Personal de enfermería
Personal de recepción



Informes Preoperatorios

- Resultados de estudios de diagnóstico serán enviados, vía electrónica por el laboratorio asignado, al Médico Internista y personal de recepción.
- Estos resultados serán impresos y organizados por caso.
- Revisión de resultados por Médico Internista quien emitirá informes y se comunicará vía video llamada con los pacientes, para informar sobre tratamientos o cancelaciones, dependiendo el resultado de la evaluación.
- Paciente que presenta alguna condición médica tratable durante el período de cuarentena, deberá seguir indicaciones médicas en casa las cuales se darán vía telefónica o por videoconferencia.
- Paciente con morbilidades graves o que requiera de tratamientos largos, suspenderá la cuarentena y será responsable de su completa recuperación hasta ser apto para cirugía.

FUNDAORTO NO ES RESPONSABLE DE EXÁMENES ADICIONALES O CITAS CON OTROS ESPECIALISTAS

Responsables:
Médico Internista
Personal de enfermería
Personal de recepción

11

Programación de Cirugías

Paciente que ingresa para cirugía

Persona con preoperatorio aceptable y que ha cumplido cuarentena obligatoria sin presentar síntomas, ni su entorno familiar, según resultados del proceso y supervisión, será ingresado para cirugía.

Responsable:
Gerencia General

12

Planificación de cirugías

- Selección de pacientes, por tipo de cirugía, que tienen preoperatorio aceptable según Médico Internista.
- Evaluación de Radiografías y medición de implantes.
- La programación de cirugías se hará en base a lo que estipule el hospital responsable de acuerdo a disponibilidad de espacios y protocolos, tanto de bioseguridad como distanciamiento social, en sala de

operaciones y área de encamamiento; cada paciente estará en habitación individual.

Responsables:

Gerencia General

Cirujanos especialistas

Personal de enfermería

Casa proveedora de implantes

Personal de recepción

Fisioterapeuta

- La programación deberá ser entregada al hospital al menos con tres días de anticipación.
- Los expedientes de pacientes serán entregados a la Dirección Médica del Hospital, 48 horas antes de programado el ingreso.

Responsable:

Personal de recepción

Personal de limpieza o mensajería de FUNDAORTO

- Será responsabilidad de la Dirección Médica y del Departamento de Anestesiología del hospital responsable, revisar los expedientes de cada paciente.
- El hospital realizará tamizaje telefónico 48 horas antes del ingreso del paciente.

Responsable:

Dirección Médica del hospital

Departamento de Anestesiología del hospital

Personal encargado del hospital

Ingresos de pacientes según programación

- Paciente será notificado con no menos de 48 horas de anticipación.

- Paciente deberá bañarse en casa previo al ingreso, lavarse el cabello y secarlo, así como enjabonar bien sus miembros inferiores y los pies (para ello se dan instrucciones en el plan educacional y folletos informativos).
- Paciente que no presenta síntomas durante la cuarentena obligatoria ingresará para cirugía un día antes de la fecha programada, en el horario que estipule el hospital, en el tercer nivel donde habrá un área asignada.
- Se le efectuará la prueba Covid-19 (Panel PCR Múltiple) PCR Panel Respiratorio + Sars-Cov-2.
- Si la prueba es negativa será admitido para cirugía.
- Si la prueba es positiva se llevarán a cabo los protocolos establecidos por el MSPAS y el paciente será enviado a casa. FUNDAORTO no se responsabiliza del tratamiento para Covid-19.
- Paciente diagnosticado con Covid-19 podrá ser nuevamente programado para cirugía, media vez presente certificado avalado por el MSPAS de que ha superado la enfermedad. **FUNDAORTO no se responsabiliza por estas pruebas.**

Responsables:

Gerencia General

Personal de enfermería

Personal de recepción

Personal encargado del hospital



13

Al ser admitido el paciente deberá:

- Presentar la boleta de evaluación diaria durante la cuarentena.
- Traer únicamente sus medicamentos indispensables.
- La ropa que trae puesta (solo será permitido el uso de ropa hospitalaria).
- Ropa interior.
- Celular para comunicarse con familiares.
- Un par de zapatos que sean fáciles de desinfectar.
- Mudada de ropa limpia para el día del egreso.
- Los artículos de higiene personal serán provistos por el hospital.
- No se permitirá acompañantes ni visitas.
- Se proporcionarán números de asistencia para los familiares a manera que puedan estar informados del proceso de recuperación del paciente.
- El día del ingreso el paciente será evaluado y atendido por personal hospitalario, tanto Médicos Residentes responsables, personal de enfermería, como Médico Anestesiólogo quienes evaluarán y prepararán al paciente para cirugía.

Toda esta información se da al paciente previamente en el plan educacional, tanto de manera verbal como por escrito.

El día de la Cirugía:

- Paciente ingresa a sala de operación en horario previamente establecido, donde seguirá todos los protocolos de bioseguridad establecidos por el hospital responsable.
- Las cirugías serán realizadas por los especialistas de FUNDAORTO, quienes las realizarán según altos estándares de calidad y tecnología. Se seguirán todos los protocolos post operatorios indicados previamente por FUNDAORTO.
- Únicamente se permitirá un acompañante en sala de espera a quien se le informará del resultado de la cirugía y el estado del paciente.
- El acompañante no podrá ver al paciente.

Hospitalización:

- Paciente estará hospitalizado un promedio de 2 a 4 días, dependiendo del proceso de recuperación.
- Durante su estadía en el hospital será atendido por el personal médico de FUNDAORTO, Cirujanos Especialistas, Médico Internista, enfermeras, Fisioterapista, así como el personal responsable del hospital, quienes darán las órdenes médicas necesarias para la recuperación del paciente, así como seguir las

indicaciones de fisioterapia que deberá seguir en casa en las próximas dos semanas.

Todo esto será supervisado directamente por la Gerencia General.

El Alta Médica lo da el Cirujano Ortopedista así como el Médico Internista.

Egreso del Paciente:

- Se notificará a la familia un día antes del egreso para que un familiar se presente para llevarse al paciente.
- Se proporcionarán recetas e instrucciones, así como algunos medicamentos indispensables para una completa recuperación y evitar complicaciones postoperatorias.
- Se proporcionarán números telefónicos de asistencia en caso de dudas o síntomas de alarma.
- Se proveerá de una nota para que la familia pueda circular en cualquier horario y trasladar al paciente durante las restricciones derivadas de la Pandemia.

Responsables:

Gerencia General

Personal de enfermería

Personal de recepción

Personal encargado del hospital

Nombre y cargo del responsable del seguimiento:

No.	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad	Sexo	Teléfono	Motivo cuarentena	Fecha inicio	Fecha finalización
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									

Observaciones:

Evaluación diaria durante la cuarentena

Nombre y apellido: _____

Documento ID _____

Motivo de cuarentena: _____

Nombre y cargo del responsable del seguimiento: _____

Día	Fecha	Hora	Sin síntomas	Fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$	Tos	Dificultad respiratoria	Dificultad para tragar	Náusea, vómito o diarrea	Cansancio	Perdida sentido del olfato y gusto
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

Fecha de evaluación: _____

Si usted presenta uno o más de estos síntomas, notificar inmediatamente al 1517 o 1540 y comunicarse a Fundaorto

MEDICINA TRANSFUSIONAL * BANCO DE SANGRE



banco de sangre
medicina transfusional
TERAPIA CELULAR

Guatemala, 10 de agosto de 2,020.

Licenciada Ligia de Claverie
Gerente General
FUNDAORTO

Licenciada de Claverie:

Deseándole éxitos en todas sus labores, me dirijo a usted para enviarle en el documento adjunto el protocolo de bioseguridad para la atención de los donantes de sangre en nuestras instalaciones, atendiendo a su solicitud.

Sin otro particular, me despido de usted.

Licda. Ligia Córdón
Banco de Sangre Terapia Celular.

00057



BIOSEGURIDAD

PROTOCOLO PARA PREVENCIÓN DE RIESGO DE CONTAGIO DE COVID-19 PARA PROTEGER LA SALUD Y SEGURIDAD DE LOS COLABORADORES DEL BANCO DE SANGRE TERAPIA CELULAR Y DONANTES DE SANGRE

INGRESO:

Únicamente ingresará a las instalaciones del Banco de Sangre la persona que donará sangre la cual deberá tener su mascarilla colocada correctamente y durante todo el tiempo que permanezca en las instalaciones del Banco de Sangre. No se permite el ingreso de acompañantes.

Al pasar la puerta de ingreso el donante de sangre debe permanecer por 15 segundos en la alfombra mojada con amonio cuaternario al 10%. Luego seca sus zapatos en la alfombra seca colocada a la par de la alfombra mojada.

Al ingresar se le indica que debe de lavarse las manos con agua y jabón, secarse con toalla de papel, la toalla de papel será desechada en el recipiente de basura ubicado a la par del lavamanos; se le dirige al lugar destinado para hacerlo.

ATENCIÓN DEL DONANTE:

El donante permanecerá sentado en la sala de espera, en las sillas colocadas con separación de 1.5 metros de distancia para guardar el distanciamiento social.

Los donantes de sangre son atendidos uno a la vez para iniciar el proceso de la donación con la entrevista y examen físico general. Esto se realiza en la sala de entrevistas que debe ser desinfectada con solución de amonio cuaternario al 5% entre la atención de un donante y otro.

En el interrogatorio de la historia clínica del donante se le preguntará sobre síntomas de COVID-19, si ha estado en cuarentena preventiva por contacto con personas enfermas de covid-19, si alguna de las preguntas anteriores es

00058



respondida positivamente, el donante queda diferido y no donará sangre. La temperatura se tomará con termómetro infrarojo y se pesará con los zapatos puestos.

El donante vuelve a la sala de espera, donde permanecerá el tiempo necesario para la realización de las pruebas preliminares de rutina previo a la donación de sangre.

Para realizar la donación de sangre, el donador pasará a la sala de flebotomía donde serán atendidos hasta un máximo de 3 personas a la vez, los sillones están colocados con 1.5 metros de distancia entre cada uno y serán desinfectados con amonio cuaternario al 5% entre la atención de un donante y otro.

Si fuere necesario, al donante se le proporcionará una botella sellada de agua pura, un paquete sellado de galleta de soda o una mini coca cola enlatada. Estos productos serán consumidos durante el tiempo de recuperación en el lugar destinado para la misma en la sala de flebotomía.

EGRESO:

Al finalizar el proceso de la donación de sangre y asegurándonos que el donante se ha recuperado de la misma y recibido las indicaciones posdonación, es acompañado a la puerta de salida donde será despedido.

00059

Boleta de Tamizaje COVID-19

Nombre Paciente: _____ Edad: _____

	Si	No	Observaciones
Síntomas clínicos			
Fiebre *medir T al ingreso			
Tos seca			
Dolor de cuerpo			
Dolor de garganta			
Dificultad para respirar			
Dolor de cabeza			
Secreción nasal			
Náusea, vómitos o diarrea			
Co Morbilidades			
Padece alguna de las siguientes enfermedades: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Enfermedad Renal Crónica, Asma, EPOC, Enfermedad Cardiovascular, HIV, Inmunosupresión	Mencione cuál:		
Riesgos epidemiológicos			
¿Ha estado en contacto con una persona sospechosa o confirmada de COVID-19 en los últimos 14 días?			
¿Se han detectado casos positivos para COVID 19 en su familia o trabajo?			
¿Alguien de su familia, trabajo o conocido cercano está actualmente en cuarentena?			
¿Alguien en su trabajo o familia tiene actualmente síntomas respiratorios?			
¿Trabaja en maquila o call centers o en lugares altamente concurridos?			Especifique:

*Si el paciente presenta 2 respuestas positivas deberá ser diferido de la consulta. Si una sola respuesta es positiva, notificar a coordinación médica para evaluación de caso

Residente responsable: _____ Fecha: _____

- 00060

Guatemala 12 de agosto de 2020

**PROCESO PARA TOMA DE MUESTRA DE HISOPADO PARA PACIENTES
PRIVADOS Y/O REFERIDOS DE MÉDICOS TRATANTES.**

La presente información va dirigida a médicos Tratantes que refieren a sus pacientes para procedimientos médicos y quirúrgicos al HAM, médicos de cortesía, médicos Residentes, jefatura de enfermería y personal administrativo.

- 1- Todo paciente que requiera atención médica o quirúrgica para ingreso al hospital **solicitará una cita a Tecniscan al número 1723** en donde debe indicar que es paciente de HAM y que el estudio solicitado es preoperatorio.
- 2- El estudio a solicitar es **SARS-CoV-2 PCR código 87635**, esta prueba va a estar **disponible a partir del lunes 17 de agosto de 2020**. Esta prueba es **exclusiva solo para covid19** por lo tanto es económica y siempre de alta calidad.
- 3- La ventaja de hacer su cita al **1723** es que el paciente puede pagar en línea, puede pasar al sótano 3 en su vehículo y sin bajarse del mismo le realizaran la prueba ya acordada en línea, además puede pagar con tarjeta en el mismo lugar y luego retirarse cómodamente sin haber tenido contacto con otras personas. **Si el paciente carece de vehículo debe hacerlo saber al hacer su cita.**
- 4- Otra ventaja es que al llamar al 1723 y luego de dejar sus datos le enviarán el formato de la ficha epidemiológica, para que el mismo lo pueda llenar en línea y enviarlo a Tecniscan.
- 5- Hay que recordar que para poder recibir la atención médica o quirúrgica requerida el resultado debe ser **Negativo**.
- 6- **Si es Positivo** se reprogramará el procedimiento o bien se referirá al paciente a otro hospital dependiendo de las circunstancias.
- 7- Por lo descrito anteriormente **a partir del lunes 24 de agosto, la única prueba válida** para programar pacientes quirúrgicos o dar tratamiento médico que requiera ingreso, es la **SARS-CoV-2 PCR código 87635 realizada en Tecniscan**, y no serán aceptadas de ningún otro laboratorio hasta la fecha límite indicada en este numeral.
- 8- Esperamos como HAM que esto sea recibido como un esfuerzo para brindarles a ustedes y sus pacientes un mejor servicio y atención en salud.

Agradeciendo su atención.


Dr. Guillermo Carranza
Director Médico.

Dr. Guillermo Carranza
Médico y Cirujano
Cul, G. 2015

 **HOSPITAL
MULTIMEDICA**
Dirección Médica

PRR- 23
Estrada y Zona Primitivas 20-14,
Zona Primitiva - 2010, Guatemala,
Guatemala



Comparte la vida, dona sangre

Requisitos básicos para donar sangre:

- ♥ Tener el deseo de donar sangre de manera voluntaria.
- ♥ Tener entre 18 y 55 años de edad.
- ♥ Pesarse más de 110 libras.
- ♥ Gozar de buen estado de salud.
- ♥ No estar embarazada.
- ♥ No es necesario estar en ayunas.
- ♥ Disponer de 30 minutos para compartir su salud.



*banco de sangre
medicina transfusional*

TERAPIA CELULAR

Avenida Reforma 3-87 Zona 10 • Tels.: 2362-0340/41/42

INSTRUCTIVO PARA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE RODILLA



FUNDAORTO

Edificio Multimédica

Boulevard Vista Hermosa 25-19, Zona 15

Vista Hermosa I, Nivel 15, Clínica 1510

Teléfonos: (502) 2385-3570 – 5357-0458

fundaorto@hotmail.com

REQUISITOS PRE-OPERATORIOS

Radiografía de Rodilla

Laboratorios

Radiografía de Tórax

Electrocardiograma

Doppler Venoso

Informe de Cardiólogo/Internista: _____

Exámenes adicionales

Plática Educativa

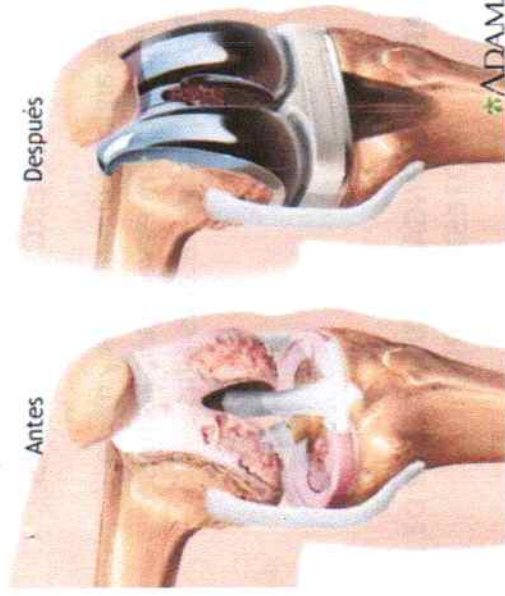
Donadores de Sangre
No. de Unidades: _____

Fecha de Cirugía: _____

Hospital: _____

Hora de Ingreso: _____

Si su ingreso es el día de la Cirugía, ingresar a las 6:30 de la mañana, en ayuno de 12 horas. Cena liviana el día anterior, tipo 6 ó 7 de la noche.



DE REGRESO A CASA

Llame a la Clínica o Enfermera,

Tel. 5357-0269, si:

- El dolor aumenta
- Hay demasiada hinchazón
- Hay supuración de la incisión
- Tiene dolor de pecho o falta de aliento
- Tiene las piernas hinchadas o de color rojizo
- Presenta fiebre diaria de más de 38 grados.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Únicamente puede darse baños de esponja hasta que los puntos o grapas sean removidos por su Médico.

Durante los primeros 10 a 14 días, debe cambiarse la curación una vez al día. Lave las manos con jabón y frótelas con alcohol antes de cambiar la curación, para prevenir infecciones. Utilice gasa estéril o toalla sanitaria limpia y seca, asegurándola con micropore. Colocar en la herida, sin poner ninguna clase de medicamento.

Al salir del hospital, se le dará una receta con las medicinas que debe tomar durante los siguientes 10 a 14 días. Utilice bolsas de hielo por 20 minutos, de 3 a 4 veces al día. Recuéstese con las piernas un poco elevadas, o dobladas. Cambie de posición cada 45 ó 60 minutos. Descanse, recuéstese durante el día.

No puede subir o bajar gradas y tampoco manejar vehículo, hasta que lo autorice su médico.

LLEVAR AL HOSPITAL

1. Artículos personales (peine, cepillo dental)
2. 3 ó 4 Piyamas o Camisones
3. Bata
4. Zapatos cómodos
5. Calcetas o Calcetines
6. Andador
7. Su celular a la mano
8. No lleve artículos de valor

Identifique, rotulando con su nombre toda su ropa y artículos que llevará al Hospital.

Debe llevar al Hospital todos los medicamentos que toma actualmente y enseñárselos al Médico Internista, al momento de su ingreso. No tomar nada sin autorización, estando en el Hospital.

CONTROLES POST-OPERATORIOS

- 1. 10 a 14 días después de la operación**, cuando la herida esté seca, comunicarse a la clínica para coordinar.
- 2. 1 Mes y medio después de la cirugía**, con radiografía nueva.
- 3. 3 Meses después de la cirugía**, con radiografía nueva.
- 4. 6 Meses después de la cirugía**, con radiografía nueva.
- 5. 1 Año después de la cirugía**, con radiografía nueva.
- 6. Cada Año**, para evaluación y control, con radiografía nueva.

Llamar al Tel. 2385-3570 o 5357-0458 para concertar cada cita.

IMPORTANTE

Por el resto de su vida, tendrá que tomar antibióticos antes y después de visitas al Doctor o Dentista, en caso de algún procedimiento que cause sangrado, o por cualquier infección bacterial.

INSTRUCCIONES DURANTE LOS PRIMEROS TRES MESES

- Use andador durante mes y medio
- Utilice inodoro elevado por dos meses
- No salte, no use tacones altos

PARA PROLONGAR LA DURACIÓN DE SU PRÓTESIS DE RODILLA

- Mantenga un peso apropiado
- Evite subir escaleras de forma excesiva
- Consulte a su cirujano antes de iniciar alguna actividad
- Consérvese sano y activo
- No corra o salte
- Evite cargar demasiado peso
- No levante o empuje objetos pesados
- Piense, antes de moverse

RECUERDE:

De usted y del apoyo de su familia, depende el éxito de la operación. Siga los cuidados sugeridos por el personal médico, fisioterapeuta y enfermeras, así como el programa de ejercicios que se le ha indicado.



FUNDAORTO

Fundación Guatemalteco-Americana de
Cirugía Ortopédica Avanzada

1. Fecha:
2. Nombre:
3. DPI:

Estimado paciente de FUNDAORTO, hoy iniciamos su proceso preoperatorio el cual consistirá en lo siguiente:

- 1.- Toma de muestras de sangre, heces, orina, radiografías y estudios de rutina en ayuno de 12 a 14 horas.
- 2.-Evaluación por Médico Internista responsable
- 3.-Evaluación por Fisioterapeuta
- 4.- Este día inicio de cuarentena domiciliar, para lo cual se adjunta la información necesaria
- 5.-Cuadro de seguimiento de cuarentena domiciliar donde diariamente se chequeará si no se presentan síntomas de gripe o relacionados a Covid 19, el cual será responsable de verificar diariamente, incluye familiares que viven en su domicilio.
- 6.-El personal médico de FUNDAORTO recibirá los resultados de los laboratorios realizados, los cuales serán evaluados por nuestro Médico Internista, quien emitirá un informe.
- 7.-Si presentara alguna condición que amerite tratamiento se le hará saber via telefónica o WhatsApp.
- 8.-Usted y su familia son responsables de darle seguimiento al tratamiento y mantenernos informados de la evolución diaria.



FUNDAORTO

Fundación Guatemalteco-Americana de
Cirugía Ortopédica Avanzada

9.- Paciente que tiene resultados que comprometen el proceso quirúrgico o presenta riesgo alto, se excluirá del programa hasta que presente laboratorios normales. Se suspende cuarentena domiciliar. Paciente es responsable de sus tratamientos, se le informará en qué consisten.

10.-Paciente que requiere de estudios adicionales o consultas con Médicos Especialistas ajenos al personal de la Fundación, FUNDAORTO NO SE HARÁ RESPONSABLE.

11.-Si es candidato para cirugía ingresará al Hospital cuando le sea notificado, donde se le hará pruebas de diagnóstico Covid 19, si da resultado negativo se quedará hospitalizado para cirugía.

12.- Si el resultado de la prueba fuera positivo, se seguirá los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. FUNDAORTO NO SE RESPONSABILIZA DE TRATAMIENTO A PACIENTES POSITIVOS DE COVID 19.

Nuestra Misión es brindar un servicio de excelencia a nuestros pacientes, por lo cual agradeceremos su honestidad al realizar la cuarentena domiciliar, para no exponerse, a su familia y a nuestro personal, siempre habrá oportunidad de operarse cuando esté recuperado/a.

Atentamente, Administración de FUNDAORTO

Enterado:

Cuarentena de 14 días para contactos en el contexto del COVID-19

Conócelo. Prepárate. Actúa.

www.paho.org/coronavirus

mspas.gob.gt

Call center COVID-19: 1517 / 1540



¿Qué es la cuarentena?

- El periodo que deben permanecer en casa* las personas expuestas a un caso de COVID-19 para evitar que contagien a otros.

* Ó lugar designado por MSPAS (hotel, entre otros)

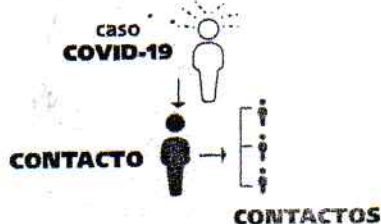
¿Cuánto tiempo dura la cuarentena?



14 días

¿Quiénes deben estar en cuarentena?

- Si usted y/o su familia es un contacto de un caso COVID-19 confirmado o regresó de viaje a un país extranjero.



Estas disposiciones serán modificadas según evolución de la epidemia. Por favor manténgase al atento de las comunicaciones del Gobierno.

Planifique arreglos en casa* para la cuarentena

* Ó lugar designado por MSPAS (hotel, entre otros)



- Ventilación adecuada, habitaciones individuales o separación física entre camas.



- Estructura adecuada para lavarse las manos con agua y jabón.



- Visitas al hogar solamente para entrega de comida y productos esenciales.



- Suficientes provisiones de:

- alimentos, agua, jabón y productos de limpieza personal y del hogar;
- medicamentos para enfermedades crónicas por lo menos para 14 días (si aplica).



- Acceso a noticias, entretenimiento, y apoyo emocional. Use la tecnología si es posible.



Practique buenos hábitos personales de salud y planifique medidas de prevención



- Lavado de manos con jabón y agua o uso de alcohol gel (60% - 75%).



- Limpie todos los días con agua y jabón o desinfectante, las superficies y los objetos que se tocan con frecuencia.



- Cúbrase la nariz y la boca con papel higiénico o pañuelo.



- No es necesaria la utilización de mascarilla médica para personas sin síntomas.



- Tire el papel o pañuelo desechable a la basura inmediatamente y lávese las manos con agua y jabón.



- Al menos 1 metro de distancia entre personas.



Vigile su salud

Estará bajo monitoreo diario de un equipo de seguimiento del Ministerio de Salud.

En caso de desarrollar síntomas (fiebre, tos, dolor de garganta y/o dificultad al respirar) continúe con los buenos hábitos personales de salud y



Llame al equipo de seguimiento del Ministerio de Salud.



No comparta vasos, platos, cubiertos, ropa, toallas o ropa de cama con nadie.



Aíslese de los demás en una habitación o espacio separado.



Si no puede aislarse, póngase una mascarilla y mantenga distancia entre personas (al menos 1 metro).



GOBIERNO de GUATEMALA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

OPS

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud

Evaluación diaria durante la cuarentena

Nombre y apellido: _____
 Documento ID _____
 Motivo de cuarentena: _____
 Nombre y cargo del responsable del seguimiento: _____

Día	Fecha	Hora	Sin síntomas	Fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$	Tos	Dificultad respiratoria	Dificultad para tragar	Náusea, vómito o diarrea	Cansancio	Perdida sentido del olfato y gusto
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

Fecha de evaluación: _____

Si usted presenta uno o más de estos síntomas, notificar inmediatamente al 1517 o 1540 y comunicarse a Fundaorto



FUNDAORTO

Fundación Guatemalteco-Americana de
Cirugía Ortopédica Avanzada

EL DIA DE SU INGRESO

DEBERÁ BAÑARSE Y LAVARSE EL CABELLO, HACIENDO ENFASIS EN LOS MIEMBROS INFERIORES Y LOS PIES, SECÁNDOSE BIEN.

INGRESARÁ A LA HORA QUE LE SEA INDICADA POR EL PERSONAL DE FUNDAORTO.
QUE DEBE LLEVAR AL HOSPITAL AL MOMENTO DE SU INGRESO.

- 1.-TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA RUTINARIAMENTE O RECOMENDADOS POR EL MEDICO INTERNISTA DE FUNDAORTO
- 2.-LA ROPA QUE TRAERÁ PUESTA QUE DEBERA SER FACIL DE QUITAR Y PONER. TRAER LA MENOR CANTIDAD DE ROPA PUESTA, Y UNA MUDADA LIMPIA PARA EL DIA DE SU EGRESO.
- 3.-ROPA INTERIOR NECESARIA
- 4.-UN PAR DE ZAPATOS COMODOS PARA CAMINAR Y QUE SEAN FACILMENTE DESINFECTABLES.
- 5.-CELULAR PARA COMUNICARSE CON SUS FAMILIARES
- 6.-NO SE PERMITIRÁ ACOMPAÑANTES NI VISITAS
- 7.-ESTARÁ HOSPITALIZADO APROXIMADAMENTE 2 A 3 DIAS.
- 8.-SE INFORMARÁ UN DIA ANTES DEL EGRESO PARA QUE UN SOLO FAMILIAR RECOJA AL PACIENTE Y RECIBA LA INFORMACIÓN NECESARIA.
- 9.-SUS ARTICULOS PERSONALES DEBERÁN TRAERLOS EN BOLSA PLASTICA TRANSPARENTE, DEBIDAMENTE ROTULADA CON SU NOMBRE.

*Un familiar podrá estar en el Hospital el día de la cirugía para ser informado del resultado de la cirugía. Toda la información referente a la recuperación del paciente será dada telefónicamente.

Número de Teléfono para consultas: **ÚNICAMENTE EN HORARIOS DE 8 AM A 4 PM OFICINA 53570458/ 23853570 o PERSONAL DE ENFERMERIA 53570269**



FUNDAORTO

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE
PARA DOCUMENTO LEGAL

Nombre Completo: (tal y como aparece en el DPI)

Walter Jürgen Paul Günter Schröder

Dirección Actual: (donde reside actualmente)

Junta Comunal Río dulce, Izabal

DPI y lugar donde fue extendido:

2409 07507 1802 / Livingston Izabal.

Fecha de Nacimiento:

23 de Enero 1948

Edad:

72 a

años

Estado Civil: (como aparece en DPI)

Soltero

Profesión u Oficio:

Jubilado

Sabe Leer:

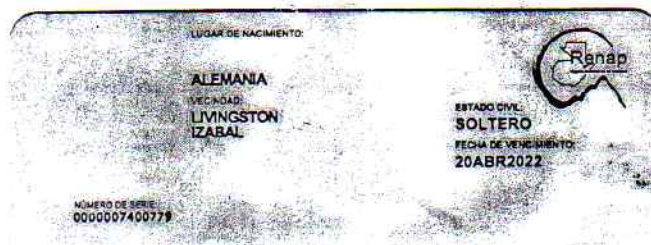
Sí

No

Sabe Escribir:

Sí

No



IDGTM24090750781802S1802<<<092
4801238M2204204DEU<<1053404210
SCHROEDER<<HANS<JUERGEN<<<<<<<

Diagnostico: Coxartrosis en Ambas Caderas.

Procedimiento: Artroplastia total de Caderas.

**AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO, INTERVENCION QUIRURGICA Y
EXONERACION DE RESPONSABILIDAD A FAVOR DE LA FUNDACION GUATEMALTECO
AMERICANA DE CIRUGIA ORTOPEDICA AVANZADA -FUNDAORTO-**

YO, **HANS-JURGEN PAUL GUNTER SCHRODER**, de setenta y dos años de edad, soltero, alemán, ejecutivo, con domicilio en el Departamento de Izabal, resido en Punta Caimanes, Río Dulce, Izabal, me identifico con el documento personal de identificación -DPI- de Extranjero Domiciliado, cuyo Código Único de Identificación -CUI- es el número dos mil cuatrocientos nueve espacio cero siete mil quinientos siete espacio un mil ochocientos dos (2409 07507 1802), extendido en el Registro Nacional de las Personas de la República de Guatemala, Centroamérica; expresamente por el presente documento privado, otorgo **AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO, INTERVENCION QUIRURGICA Y EXONERACION DE RESPONSABILIDAD A FAVOR DE LA FUNDACION GUATEMALTECO AMERICANA DE CIRUGIA ORTOPEDICA AVANZADA -FUNDAORTO-**, de conformidad con lo siguiente: **PRIMERO:** Por este acto, declaro: **A)** He sido diagnosticado con Coxartrosis en ambas caderas, la cual me ha causado molestias diversas y fuertes dolores; por consiguiente necesito, según diferentes opiniones médicas, cirugía de Artroplastia total de ambas caderas; **B)** Expresamente autorizo a los profesionales que FUNDAORTO designe y contrate para prestarme los servicios de salud, que conforme a mi cuadro clínico personal y criterio médico profesional de los médicos tratantes necesito, para que me practiquen los exámenes clínicos que estimen adecuados, así como para que decidan y lleven a cabo la operación programada, aceptando desde ya cualquier resultado; **C)** Que he sido advertido y estoy consciente de los riesgos y variables que conllevan tanto el tratamiento médico como la cirugía y que existe la posibilidad cierta de que no necesariamente se lograrán los resultados esperados, a pesar de la disposición y diligencia de los profesionales que me atienden y atenderán, sobre todo por mi diagnóstico, el cual puede derivar en la posibilidad de complicaciones imprevisibles, aun cuando todos los procedimientos adoptados hayan sido los correctos y pertinentes, por lo que, en forma expresa, voluntaria y libre de cualquier vicio del consentimiento, eximo de toda responsabilidad legal a la FUNDACION GUATEMALTECO AMERICANA DE CIRUGIA ORTOPEDICA AVANZADA -FUNDAORTO- a todo su personal y especialmente a los profesionales que designe y contrate para llevar a cabo mi tratamiento y operación, así como al personal médico, paramédico, de enfermería o asistencia que auxilie, apoye o coadyuve en la prestación de los servicios médicos respectivos a mi persona; **D)** Que tengo conocimiento y he sido advertido que el tratamiento post-operatorio requiere de rigurosos cuidados

especiales y estoy enterada de las consecuencias que puedan derivarse, al no seguir el instructivo de dichos cuidados, de la forma más estricta; **E)** Que desde ya, renuncio a cualquier derecho, acción o pretensión de carácter legal, administrativa o judicial, que pudiera corresponder, ya sea en el campo civil, penal, administrativo o de cualquier otra naturaleza, comprometiéndome expresamente en pacto de no pedir ni demandar en contra de FUNDAORTO, de todo su personal y especialmente de los profesionales que contrate y designe para mi tratamiento e intervención quirúrgica; **F)** Que tengo conocimiento y me hago desde ya responsable de los gastos (hospital, médicos, medicinas, etc.) que se puedan derivar de problemas adicionales, por mi diagnóstico médico, así como incumplimientos en cuanto a inasistencia a controles médicos, citas, cuidados, incumplimiento al instructivo de cuidados post operatorios o cualquier otra consecuencia derivada de la falta de rigurosidad de mi parte en cumplir las instrucciones de los profesionales, durante los procesos, pre y post operatorios, por lo que relevo expresamente de toda responsabilidad a la FUNDACION GUATEMALTECO AMERICANA DE CIRUGIA ORTOPEDICA AVANZADA -FUNDAORTO- y a los profesionales que ésta contrate y designe para mi atención médica; **G)** Que estoy consciente de los riesgos a que estoy expuesto por la pandemia del virus Covid-19, riesgos a los que estoy expuesto no solo en la sede de la Fundación y en el Hospital en el que voy a ser atendido, sino en cualquier otro lugar o contacto, puesto que necesito desplazarme por razones personales a diferentes lugares, lo que me hace susceptible de contraer la enfermedad, por lo que acepto seguir todas las instrucciones de cuarentena domiciliar solicitadas por FUNDAORTO, respondiendo con honestidad e informando de cualquier indicio de padecer la enfermedad, o que alguno de mis familiares cercanos o personas con quienes yo hubiere tenido contacto tuvieren la enfermedad, por lo que me someto a los exámenes necesarios para determinar si soy positivo o no al virus previo a la cirugía y, en caso positivo, acepto expresamente las medidas que tome la Fundación, según los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, y estoy consciente que ni FUNDAORTO, ni su personal médico o de enfermería serán responsables del tratamiento o cuidados relacionados con el Covid-19, comprometiéndome además, expresamente a que, cuando haya superado la enfermedad presentaré la constancia médica certificada por entidades autorizadas para ello, por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en la que conste que estoy negativo del COVID-19, para aplicar a una nueva posibilidad de intervención quirúrgica, exonerando de cualquier responsabilidad, en cualquier ámbito a la Fundación, en caso llegara a contraer el coronavirus o cualquier otra enfermedad, puesto que las condiciones de atención en la misma,

llenar todos los protocolos para mi protección personal; y **H)** Que acepto y reconozco expresamente las implicaciones y efectos jurídicos de esta declaración y los ratifico y acepto de forma voluntaria y plenamente. Leído lo escrito por el suscrito e impuesto de su contenido, objeto y efectos legales, lo ratifico, acepto y firmo, en la Ciudad de Guatemala, el veinticuatro de julio de dos mil veinte.

f)

En la Ciudad de Guatemala, el veinticuatro de julio de dos mil veinte, Yo, la infrascrita Notario, **DOY FE:** a) Que la firma que antecede **ES AUTENTICA** por haber sido puesta el día de hoy en mi presencia por el Señor **HANS-JURGEN PAUL GUNTER SCHRODER**, quien se identifica con el documento personal de identificación, cuyo Código Único de Identificación -CUI- es el número dos mil cuatrocientos nueve espacio cero siete mil quinientos siete espacio un mil ochocientos dos (2409 07507 1802), extendido en el Registro Nacional de las Personas de la República de Guatemala, Centroamérica; b) que su firma calza un documento privado de autorización de tratamiento médico e intervención quirúrgica, así como exoneración de responsabilidad; y c) que el Señor **HANS-JURGEN PAUL GUNTER SCHRODER**, de nuevo firma al pie de la presente, junto con la Infrascrita Notario, que de todo lo relacionado, **DOY FE.**

f)

ANTE MÍ:



Guatemala, _____ de _____ 20____

Ingreso de paciente a Procedimiento quirúrgico

Por medio de la presente carta se notifica y se refiere al paciente:

_____ con el siguiente

diagnóstico preoperatorio: _____

_____, para que ingrese al **Hospital Ambulatorio Multimédica** a fin de poder realizarle el siguiente procedimiento:

(adjuntar códigos según tabla california). _____

Se adjuntan los estudios preoperatorios, para que sean evaluados, previo a su ingreso a quirófanos por el Médico Anestesiólogo: _____

Atentamente,

Sello y firma de médico tratante

CONTRATO DE ADHESIÓN DE PRESTACION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

En la Ciudad de Guatemala, El día _____ de _____ del año _____, comparecemos.

Prestaría del Servicio: El día de hoy he requerido los servicios de la entidad Hospital Ambulatorio Multimedia Sociedad Anónima Entidad que se le reconocerá a lo largo del presente documento con su nombre o como "El Hospital", Indistintamente.

Datos Generales Del Cliente y/o Paciente:

Nombre Completo:				
Edad y Fecha de Nacimiento:	Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estado Civil	
Religión:	Nacionalidad		Lugar de Nacimiento	
Documento de Identificación:	Numero		Extendido en la Municipalidad de	
Numero de Pasaporte (Extranjero):	Extendido en		Tipo de Sangre Paciente	
Dirección casa:			Telefono casa	
Lugar de Trabajo:			Telefono Trabajo	
Profesión Paciente:	E-mail			
Celular y/o telefonos adicionales:				

El arriba identificado, aseguró ser de los datos de identificación anotados, estar en el libre ejercicio de mis derechos civiles y que por el presente acto comparezco a celebrar CONTRATO DE ADHESIÓN POR PRESTACION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS CON HOSPITAL AMBULATORIO MULTIMEDICA, de conformidad con las siguientes clausulas:

CLAUSULA 1. RESERVA DE PROCEDIMIENTO Y FICHA DE ADMISION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:				
Nombre del Esposo(a)				
Nombre de Padres (Si es menor de edad)				
Responsable de la cuenta				
En caso de emergencia notificar a:		Parentesco		Telefonos
Le solicitó Laboratorios su Médico?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Donde los realizó		Fecha
Trabjará con algún Seguro?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Aseguradora	Numero de Preautorización	
FORMA DE PAGO	HOSPITAL	HONORARIOS MEDICOS	COPAGO SEGURO	OBSERVACIONES
	Cheque, Efectivo o Tarjeta de Crédito	Cheque o Efectivo	Cheque, Efectivo o Tarjeta de	
Medico Titular:				
Duración de cirugía:		Tipo de anestesia	Anestesiologo	
Procedimiento a realizar:				

El Hospital solicita al paciente que no ingrese objetos de valor ni prendas innecesarias. Declaro que todos los datos proporcionados por mi anteriormente son verídicos, y por este medio me obligo a respetar y cumplir todas las normas, reglamentos y procedimientos del hospital.

Firma responsable y/o Paciente _____

CLAUSULA 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE OPERACIÓN QUIRÚRGICA, SEDACION, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTOS.

Yo, _____, persona, identificada en la primera página del presente documento, por este medio autorizo expresamente al Médico tratante y a los otros médicos especialistas que fueren necesarios, para efectuarse el tratamiento y/o cirugía y los que el médico tratante considere necesarios. Por este medio hago las siguientes declaraciones.

1. El tratamiento y/o cirugía al que seré sometido (a) se identificó en la primera página del presente contrato.
2. Declaro de forma consciente y voluntaria, que he sido informado (a) clara y ampliamente sobre la naturaleza de mi enfermedad, padecimiento a realizar, importancia, implicaciones, riesgos y tratamientos alternativos de los que dispongo para poder restablecer mi estado de salud o realizar la cirugía electiva mencionada anteriormente. Sé también cuáles son mis derechos y responsabilidades relacionados al procedimiento o cirugía antes mencionados, que también tengo la opción de no realizar dicho tratamiento y/o cirugía y de las consecuencias de dicha negación. Me han sido resueltas todas mis preguntas y dudas en un lenguaje claro y comprensible.
3. El médico me ha informado en término que comprendí, de los riesgos, beneficios y expectativas del proceso de recuperación que están asociados con el procedimiento quirúrgico y tratamiento descrito anteriormente.
4. Me han informado que existen diferentes grados de complicaciones, peligros y riesgos asociados con el presente tratamiento y/o cirugía. Que los mismos pueden presentarse en diferentes exámenes, diagnósticos o como resultado del tratamiento y/o cirugía en sí, incluyendo sin ser limitativos, pérdida severa de sangre (con necesidad en algunos casos de realizar transfusiones de sangre), reacciones alérgicas, infección de la herida, daño dental, coágulos sanguíneos, problemas cardíacos, se pueden afectar otros órganos y sistemas que son resultante de operaciones quirúrgicas, sedaciones, anestesias y procedimientos, incluso en algunos casos, los síntomas previos al tratamiento y/o cirugía pueden persistir, total o parcialmente después de haberse implementado el mismo. Cualquiera de estos riesgos puede ser inclusive fatales. Por este medio acepto correr los riesgos anteriormente estipulados, ya que no se me ha dado garantía alguna de resultados del tratamiento, estando totalmente informado (a) de los mismos.
5. Declaraciones Personales: En virtud que me han explicado la necesidad de informar sobre mis posibles alergias de cualquier tipo, alteraciones de la coagulación sanguínea, enfermedades cardíacas, pulmonares, metabólicas, existencia de prótesis o marcapasos. Hago del conocimiento de este Hospital, del médico tratante y demás médicos especialistas que además de la enfermedad principal por la que seré hospitalizado (a) o sometido (a) a tratamiento y/o cirugía. Sufro de los siguientes padecimientos:

a) Soy alérgico (a) a: _____

b) Que Si No soy alérgico al yodo.

c) Que Si No soy alérgico a la penicilina.

d) Que si No sufro de presión arterial alta.

e) Que actualmente utilizo los siguientes medicamentos: _____

6. Que además de lo mencionado anteriormente, debo hacer la siguiente advertencia con relación a mi salud, lo cual entiendo que podría complicar el tratamiento y/o cirugía al que seré sometido (a):



CLAUSULA 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE OPERACIÓN QUIRURGICA, SEDACION, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTOS (Continuación, numeral 6, de página anterior)

Doy mi consentimiento expreso para que me administren medicamentos por o con instrucciones del (Médico Tratante), con el propósito de reducir el dolor, incomodidad y estrés emocional que puede estar experimentado, así como si ocurriere alguna condición imprevista durante el tratamiento y/o cirugía por este medio autorizo y solicito que el médico tratante y/o sus ayudantes que tomen la decisión que crean conveniente y hagan cualquier procedimiento(s) necesario, que podrán ser adicional o diferente al tratamiento y/o cirugía establecido en el presente documento, para preservar mi salud y seguridad.

7. Doy mi consentimiento al hospital y medico tratante para que disponga de forma adecuada de cualquier tejido u otro material corporal que me remueve durante el curso del tratamiento y/o cirugía.

8. Si No Doy mi consentimiento para que otros proveedores de salud, por razones educativas, puedan observar la realización de mi procedimiento, y Si No doy consentimiento a mi "Médico tratante" (o persona que él asigne) a tomar fotografía, video o récord similar del procedimiento (que deberá quedarse en custodia) para los propósitos que mi médico me ha explicado y yo acepté.

9. He dado lectura integra al presente documento, y en el entendido que la firma del mismo NO IMPLICA la pérdida de mis derechos intrínsecos, y estando plenamente enterado (a) y consiente de los mismos, acepto someterme a dicho tratamiento y/o cirugía, y para el efecto firmo el presente "consentimiento informado", el cual es parte integral del contrato denominado Contrato De Adhesión de Prestación de Servicio Hospitalarios.

10. "En consecuencia, ACEPTO la realización del procedimiento y/o cirugía antes descrito pues he sido informado adecuadamente de manera clara y suficiente sobre el mismo, y eximo de toda responsabilidad a HOSPITAL AMBULATORIO MULTIMEDICA, por las consecuencias o complicaciones no deseables que puedan generarse como del procedimiento y/o cirugía relacionados en este documento, y que puedan causarme daños y o perjuicios, y renuncio a cualquier acción de cualquier naturaleza que pudiera iniciar en contra del Hospital, obligándome por pacto de no pedir ni pretender nada, otorgándoles desde ya el más completo y eficaz finiquito".

Firma Responsable y/o Paciente _____

CLAUSULA 3: CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL:

Es importante para "El Hospital" brindar la siguiente información, y complementar cada uno de los puntos que a continuación se establecieron, pues será de mucha utilidad para los médicos y personal del "Hospital a la hora de realizar su tratamiento y/o cirugía y evaluaciones necesarias. Por favor marque con una "X" la respuesta que corresponda a cada pregunta.

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Tiene algún problema con su visión? ¿Glaucoma? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha padecido mareos, perdida del conocimiento o tenido convulsiones? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Padece de dolores de cabeza? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Padece de Presión Arterial alta? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha padecido de hemorragia nasal? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha padecido de adormecimientos de manos, reumatismo o artritis? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Padece de tos frecuente? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha padecido de neumonía, bronquitis, enfisema o asma bronquial? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Padece de alguna enfermedad del corazón? ¿Dolor de Pecho? ¿Palpitaciones? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Se fatiga con facilidad? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Se le han hinchado los pies o las piernas? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Ha perdido o ganado significativamente de peso en los últimos meses? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Ha tenido dificultad para tragar? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Ha padecido de gastritis o úlcera? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Tiene problemas de digestión? ¿Estreñimiento? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Ha tenido alguna vez hepatitis? ¿ictericia? ¿Cálculos en la vesícula biliar? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Tiene dificultad para orinar? ¿ardor? ¿dolor? ¿sangre? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Padece de insomnio? ¿toma medicamentos para dormir? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Tiene diabetes? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 20. ¿Ha tenido fiebre en los últimos días? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 21. ¿Ha recibido alguna anestesia antes? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| General _____ Regional _____ Local _____ | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 22. ¿Ha tenido usted o algún familiar alguna complicación con anestesia? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 23. ¿Usa prótesis dental? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 24. ¿Ha padecido de algún problema renal? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 25. ¿Ha padecido de anemia? ¿De qué tipo? _____ | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 26. Para mujeres: | | |
| ¿Cuándo fue su última menstruación? | | |
| ¿Cree estar o está embarazada? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 27. ¿A qué hora comió o bebió por última vez? | | |
| 28. ¿Está tomando medicamentos actualmente? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 29. Cuales: _____ | | |

Firma Paciente y/o Responsable: _____



CLAUSULA 4. COMPROMISO DE PAGO INMEDIATO Y RESPONSABILIDAD.

Yo, _____, (nombre completo), persona plenamente identificada en la primera página del presente documento, estando perfectamente enterado de las obligaciones que por este acto contraigo, en forma expresa y voluntaria manifiesto: **PUNTO 1:** Que estoy perfectamente enterado de que el HOSPITAL AMBULATORIO MULTIMÉDICA, que podrá ser denominado indistintamente como "EL HOSPITAL" en el presente instrumento, y la entidad propietaria del mismo, son entidades de carácter MERCANTIL y por ende con fines comerciales cuyo objeto principal es la prestación de toda clase de servicios médicos y hospitalarios, mismos que son considerados de PAGO INMEDIATO. **PUNTO 2:** Estoy perfectamente enterado del Tratamiento y/o Cirugía, al que estará sometido el "paciente" para el cual escogió de forma libre y voluntaria contratar los servicios médicos y hospitalarios del Hospital", por lo que estoy absolutamente consiente de los compromisos de pago y las obligaciones que de tal escogencia se derivan. **PUNTO 3:** Que autorizo EXPRESAMENTE al "HOSPITAL" para que preste el tratamiento médico necesario al paciente utilizando los servicios médicos del médico tratante y del anestesiólogo estipulados en la primera página del presente contrato, que en caso no se haya programado se presente intervención con un anestesiólogo, será el anestesiólogo de turno el que prestara sus servicios en el Tratamiento y/o Cirugía a recibir; autorizó también la administración de los medicamentos que tales profesionales estimen conveniente y prescriban, los tratamientos médicos quirúrgicos que estos últimos ordenen, y los exámenes de laboratorio y radiológicos que determinen necesarios. **PUNTO 4:** Autorizo expresamente al "HOSPITAL", a los médicos tratantes y personal de apoyo a realizar todos los procedimientos necesarios, en caso de cualquier complicación del tratamiento original, con el fin de buscar mi bienestar, aunque los mismos no estén programados de conformidad con el presente documento, cuando las causas y gravedad lo estimen necesario, así como cuando sea prescrito por el médico tratante. **PUNTO 5:** Que con anterioridad ha recibido información sobre un presupuesto estimado de gastos y honorarios hospitalarios, (solicitado previamente), por un tiempo inicial estimado por el médico tratante (____ horas). Durante la estadía en el hospital, podrá ser necesario efectuar algún otro procedimiento no considerado en dicho presupuesto por lo que si durante la estadía del paciente se recibe algún otro servicio adicional (servicios de hospital, materiales y medicamentos) o si hubiera la necesidad de quedarse hospitalizado, me comprometo a cancelar el total de los servicios adicionales, honorarios médicos, de anestesia y servicios de hospitalización por separado y adicional precio presupuestado para este procedimiento. Razón por la cual el HOSPITAL, irá cargando a la cuenta original paralelamente a la administración de medicamentos o realización de exámenes necesarios, en caso sea necesario, por lo que el "HOSPITAL" requerirá periódicamente el PAGO INMEDIATO por las liquidaciones parciales que se formulen y desde luego, por la liquidación final y definitiva de cargos que se efectuó. **PUNTO 6:** El hospital funciona como un facilitador del cobro de los honorarios del médico tratante y sus ayudantes, razón por la cual, si su presupuesto incluye honorarios médicos, éstos deberán ser cancelado en el hospital en efectivo o cheque únicamente, al momento de cancelar en caja los gastos y honorarios del Hospital. En el presupuesto que se le comunicó se establecen los gastos y honorarios relativos al Tratamiento y / o Cirugía", por lo que yo "El Responsable y/o Paciente" en forma expresa y voluntaria, **BAJO JURAMENTO DE DECIR VERDAD** y enterado de las penas relativas al delito del perjurio, manifiesto que poseo la **SOLVENCIA ECONOMICA SUFICIENTE** para hacerle frente y efectuar el pago INMEDIATO de las liquidaciones parciales o definitivas que dicha entidad me formule, por las cantidades que me reclame cualquier falta a la verdad en tal sentido, será tenido como **ARDID, ENGAÑO O INDUCCIÓN A ERROR** por mi parte, con propósito de defraudación y seré responsable del ilícito contenido en el artículo 263 (estafa propia) del Código penal sin perjuicio de las acciones civiles que por tal conducta le corresponden a la entidad hospitalaria. **PUNTO 7:** El "HOSPITAL" como entidad mercantil independiente es ajena al monto de los honorarios pactados entre el paciente y los médicos tratantes, sin embargo la liquidación de los mismos será cargada a la cuenta del paciente y deberá ser pagada conjuntamente, porque para efectos del presente compromiso se considera como una sola, extremo que **ACEPTO EXPRESAMENTE**. Así mismo manifiesto que estoy perfectamente enterado del contenido y alcance de los artículos 2027 (libres para contratar sobre sus honorarios), 2029 (derecho a pago de gastos) y 2032 (derecho a ser retribuidos, cualquiera que sea el éxito o resultado del negocio o asunto en el cual hubiera intervenido) del Código Civil, a los servicios profesionales prestados por los médicos tratantes.

RECONOCIMIENTOS. Manifiesta el señor: _____, que señala como lugar para recibir notificaciones la _____ de esta ciudad, donde salvo previo aviso por escrito, acepta como buenas y bien hechas las notificaciones o citaciones que se le hagan, renuncia al fuero de su domicilio y somete a la jurisdicción de los tribunales del departamento de Guatemala; y acepta como buenas y exactas las cuentas que se le presente así como que las mismas son liquidadas, exigibles y de plazo vencido.

PUNTO 8: que leo íntegramente el contenido del presente compromiso, el cual en los términos relacionados acepto expresamente, enterado de sus efectos legales, mismo que ratifico y firmo al final del presente contrato, tanto en la presente hoja como en la página siguiente.

Firma Paciente y/o Responsable: _____

CLAUSULA 5: Reconocimiento y Aceptación De Contrato de Adhesión De Servicio Médico-Hospitalario Con El Hospital Ambulatorio Multimédica. Yo, _____, quien me

identifiqué plenamente con el presente juego de documentos, por este medio manifiesto que estoy enterado y acepto que el Contrato de Adhesión De Servicios Médico-Hospitalario Con El Hospital Ambulatorio Multimédica está contenido en las cláusulas anteriores en documentos separados, los cuales son parte integrante del mismo y que dicho contrato comprende también:

1. Comparecencia del Centro y Ficha de Reservación de Procedimiento y Admisión de paciente (hoja útil únicamente de su lado anverso)
2. Consentimiento informado de operación quirúrgica, sedación, diagnóstico, tratamiento y/o cirugía (consta de dos hojas útiles de lado anverso).
3. Cuestionario de Salud General (hoja útil únicamente de su lado anverso)
4. Compromiso de pago inmediato y carta de responsabilidad (hoja útil de su lado anverso)
5. Reconocimiento y Aceptación De Contrato de Adhesión De Servicios Médico-Hospitalario Con El Hospital Ambulatorio Multimédica (que es la presente hoja, útil únicamente de su lado anverso).

En la presente hoja se encuentran las siguientes cláusulas:

CLAUSULA 6: Derechos y Obligaciones por la Ley de Protección al Consumidor y Usuario:

Las partes contratantes, gozan de todos los derechos y obligaciones que les otorga dicha ley, incluyendo el derecho de retracto, la libertad de contratación, información veraz, suficiente, clara y oportuna sobre los servicios, utilización libro del queja, pago de los servicios en el tiempo y modo estipulados por las partes, entre otras normas de nuestro ordenamiento jurídico, las cuales establecemos conocer de conformidad con el principio de "No ignorancia de la ley" regulado por la Constitución Política de la República de Guatemala **CLAUSULA 7: Copia de contrato:** El original del presente contrato queda en poder del Hospital Ambulatorio Multimédica y se le entregara una copia fiel al cliente, en un termino de cinco días hábiles.

CLAUSULA 8: Aceptación General: Todos los documentos mencionados y suscritos anteriormente conforman el contrato y se relacionan al tratamiento y/o cirugía a realizar al "Paciente" y declaro que todos los datos que se establecieron en los mismos son verdaderos y de los cuales me hago responsable en caso de falsedad en alguno de ellos. Lei íntegramente el contenido del presente contrato, el cual consta de cinco hojas, útiles únicamente de su lado anverso. En los términos relacionados, lo acepto expresamente y enterado de su contenido, objeto, validez y demás efectos legales, lo ratifico, acepto y firmo, en cada una de las hojas del presente documento.

F.: _____

F.: _____

En la ciudad de Guatemala, el _____ del mes de _____ del año dos mil _____.

Yo la infrascrita Notaria Doy fe: Que la firma que antecede es AUTENTICA por haber sido puesta en mi presencia por el señor _____, quien se identifica con el Documento Personal de identificación con Código único de identificación -CUI- _____ extendido por el Registro Nacional de las personas, y que consta al pie de un contrato contenido en seis páginas, útiles únicamente de su lado anverso, denominadas CONTRATO DE SERVICIOS MÉDICO HOSPITALARIOS CON EL HOSPITAL AMBULATORIO MULTIMÉDICA, y quien para mejorar constancia vuelve a firma el pie de la presente acta de legalización, junto a la infrascrita notaria.

F.: _____

F.: _____

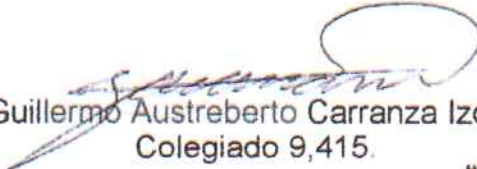
PROTOCOLO PARA USO DE QUIROFANOS COVID19 HOSPITAL AMBULATORIO MULTIMÉDICA.

El presente Protocolo será una guía eficaz en el adecuado uso y manejo de los quirófanos por parte de médicos Tratantes, médicos ayudantes, médicos residentes, personal de enfermería, personal técnico y personal de apoyo, con el objetivo de prevenir el contagio del coronavirus mejor conocido como SARS-COV-2.

- 1- Todo paciente para poder ser llevado a sala de operaciones debe presentar sus laboratorios de pre operatorio en límites de la normalidad y PCR Negativo para covid19.
- 2- El paciente al ingresar al área de quirófanos vestirá mascarilla quirúrgica y la bata adecuada.
- 3- Todo el personal médico (cirujanos, ayudantes y anestesiólogo) para médico, instrumentistas y circulantes, así como el personal técnico y de apoyo, deben utilizar, mascarilla N95 o su equivalente así como careta protectora.
- 4- Dentro del quirófano se utilizarán los equipos de protección autorizados (kit que lleva overol, cubre botas, bata, mascarilla N95, careta y lentes) y además la ropa de quirófano estéril para efectuar los distintintos procedimientos médicos y quirúrgicos.
- 5- El anestesiólogo utilizara la caja de acrílico de ser necesario.
- 6- Es importante que solo este dentro del quirófano el personal estrictamente necesario.
- 7- Están restringidas todas las visitas a las áreas de preparación, recuperación y encamamiento), en sala de espera solo puede haber un familiar por paciente.
- 8- Dentro del quirófano el responsable es el Cirujano de guiar y dirigir el procedimiento así como de la tomas de decisiones en el mismo.
- 9- Al terminar el procedimiento quirúrgico, el Cirujano tiene el deber y el derecho de redactar la nota operatorio y el record operatorio y dejarlo en el expediente clínico al pasar el paciente a recuperación.
- 10- El médico Anestesiólogo dejara la hoja de anestesia firmada y sellada con las respectivas órdenes postoperatorias.

Estos lineamientos son los mínimos básicos dentro del hospital para el adecuado manejo del paciente, previniendo el contagio de covid19.

Sin otro particular,


Dr. Guillermo Austreberto Carranza Izquierdo
Colegiado 9,415.

Mr. Guillermo Carranza
Médico y Cirujano
Col. No. 9415

 **HOSPITAL
MULTIMÉDICA**
Dirección Médica

PBX: 2385-7877
Boulevard Vista Hermosa 25-19, Zona 15
Vista Hermosa I, Edif. Multimédica, Nivel 5
01015 Guatemala, C.A.

NUEVA PRUEBA SARS-CoV-2 PCR

PRECIO
Q950

ENTREGA DE RESULTADOS EN MENOS DE 24 HORAS

■ LOS REQUISITOS PARA REALIZARTE LA PRUEBA SON:

- Agenda tu cita **llamando a nuestro call center 1723** o ingresar a nuestro sitio web <https://www.tecniscan.com/>
- Presentar debidamente llena la **ficha epidemiológica**.
- **Copia de DPI.**

■ NUEVA PRUEBA SARS-CoV-2 PCR



Prueba por hisopado nasofaríngeo.



La prueba es realizada por un técnico debidamente protegido con su equipo de protección personal.



Esta prueba identifica rápidamente el SARS-CoV-2.



Se puede realizar en pacientes que presenten síntomas o no de COVID-19.

100%

SENSIBILIDAD

100%

ESPECIFICIDAD

OBSERVACIONES:

Previa cita, contamos con cantidad limitada de pruebas diarias. Se realiza únicamente en nuestros centros: Multimedia, Zona 9 y Carretera a El Salvador.



Para la realización de esta prueba, en TecniScan contamos con protocolos activados de desinfección, así como el equipo de protección para el cuidado de la salud de nuestros colaboradores y pacientes.

PUEDES REALIZAR TU CITA DE PRUEBAS COVID-19 DE LA SIGUIENTE FORMA:



CALL CENTER

- Llamas al 1723 y nuestros asesores te brindan información.
- Te enviarán link para realizar tu pago.
- Al realizar tu pago puedes comunicarte nuevamente a nuestro call center para confirmar tu pago y agendar tu cita el día, hora y lugar que elijas.
- Recibirás un correo de respuesta con el proceso para presentarte a TecniScan a realizarte la prueba.
- Recibirás tus resultados por correo electrónico **(en menos de 24 horas)**.



PÁGINA WEB

- Ingresa a:
<https://www.tecniscan.com/pruebas-covid-19-individual-formulario/>
y llena el formulario con tus datos y los de tu médico.
- Posteriormente te aparecerá una página con los botones para realizar el pago en línea.
- Después de realizar el pago en línea, puedes comunicarte a nuestro call center 1723 o esperar a que nos comuniquemos contigo para confirmar tu cita.
- Recibirás un correo de respuesta con el proceso para presentarte a TecniScan a realizarte la prueba.
- Recibirás tus resultados por correo electrónico **(en menos de 24 horas)**.



Todas las pruebas deben ser agendadas antes de presentarte a nuestros centros. Nuestra agenda de citas se maneja exclusivamente en nuestro call center 1723.



Para brindarte la mejor atención y seguridad en toma de muestra COVID-19 hemos implementado 2 modalidades:



AUTOSERVICIO

No deberás bajar de tu vehículo, dirígete al área designada en el parqueo o sótano y nuestro personal llegará a tomar la muestra, deberás reclinar un poco el sillón y listo.



ÁREA SEGURA:

En un área especial designada para espera, te indicarán que te dirijas a un cubículo especial para toma de muestra de hisopado en el menor tiempo posible.

Centro	Lugar en centro para toma de muestra	Parqueo de Centro
MULTIMÉDICA	Sótano 3 Parqueo de piedrín	
CARRETERA A EL SALVADOR	A un costado del centro, próximo al parqueo	Servicio 24 horas
ZONA 9	Parqueo interno sobre la 11 calle	

TecniScan



Para la realización de esta prueba, en TecniScan contamos con protocolos activados de desinfección, así como el equipo de protección para el cuidado de la salud de nuestros colaboradores y pacientes.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA										FICHA EPIDEMIOLÓGICA VIGILANCIA VIRUS RESPIRATORIOS - COVID 19					
1. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN															
UNIDAD NOTIFICADORA	Fecha de notificación	Día	Mes	Año	No. de ficha (Código Unidad de Salud)	Evento COVID19	Año	No.							
Área de Salud					Distrito										
Servicio u Hospital					Seguro Social (IGSS)			Establecimiento Privado			Especifique:				
Servicio donde se capta el caso		Consulta Externa	Emergencia	Encamamiento	UCI	Domicilio	Otro	Especifique:							
Responsable del llenado del instrumento - Nombre completo										Cargo					
Teléfono					Correo Electrónico					Firma y Sello					
2. INFORMACIÓN PERSONAL															
NOMBRE DEL PACIENTE 1er. Nombre										2do. Nombre					
1er. Apellido					2do. Apellido					Sexo	Masculino	Femenino			
Embarazada	SI	No	Edad Gestacional			Trimestre		Post Parto		SI	No				
Ocupación	Edad		Años:		Meses:		Fecha de Nacimiento			DIA	MESES	AÑO			
Código Único de Identificación					Nombre del Tutor					Teléfono del tutor					
Pueblo	Maya	Ladino/Mestizo	Garífuna		Xinca		Otro: (especifique)								
Escolaridad	Ninguna	Primaria	Secundaria		Diversificado		Universitario		No sabe						
3. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA															
Dirección:					Latitud			Longitud			Teléfono				
Departamento					Municipio			Comunidad / Aldea/Zona							
4. DATOS CLINICOS															
Enfermedades Asociadas															
Diabetes Mellitus	SI	No	No Sabe		Tratamiento Con Corticosteroides			SI	No	No Sabe					
Enf. Pulmonar Obstructiva Crónica	SI	No	No Sabe		Enfermedad Hepática Crónica			SI	No	No Sabe					
Insuficiencia Renal Crónica	SI	No	No Sabe		Cardiopatía Crónica (Hipertensión Arterial)			SI	No	No Sabe					
Cáncer	SI	No	No Sabe		Disfunción Neuromuscular			SI	No	No Sabe					
Asma	SI	No	No Sabe		Obesidad			SI	No	No Sabe					
Inmunosupresión	SI	No	No Sabe		Otras:			SI	No	No Sabe					
Fecha de inicio de Síntomas		Día	Mes	Año	<<<Síntomatología Al Momento De La Toma De Muestra>>>										
Fiebre ≥ 38º Centígrados	SI	No	No Sabe		Perdida de Olfato			SI	No	No Sabe					
Antecedentes De Fiebre	SI	No	No Sabe		Rinorrea			SI	No	No Sabe					
Malestar General	SI	No	No Sabe		Vómitos o Diarrea			SI	No	No Sabe					
Dolor Muscular O De Articulaciones	SI	No	No Sabe		Disnea (Dificultad para Respirar)			SI	No	No Sabe					
Dolor De Cabeza	SI	No	No Sabe		Estridor Laringeo			SI	No	No Sabe					
Tos	SI	No	No Sabe		Tiraje Subcostal			SI	No	No Sabe					
Odinofagia	SI	No	No Sabe		Otras:			SI	No	No Sabe					
5. INFORMACIÓN COVID-19															
Motivo de realización de la prueba para COVID-19	Trabajador de Salud	Regreso del Extranjero	Frontera	Contacto con Caso Confirmado	Búsqueda de Atención Médica	Otro	Especifique:								
Ha visitado algún Servicio de Salud en los 14 días previos al inicio de Síntomas:										SI	No	No Sabe			
Especifique nombre y fecha del caso o casos confirmados si se tuvo el contacto:															
Ha estado en contacto con algún caso confirmado en los 14 días previos al inicio de Síntomas	SI	No	No Sabe		1.			Fecha De Primer Contacto			Fecha de Ultimo Contacto				
					2.			Fecha De Primer Contacto			Fecha de Ultimo Contacto				
					3.			Fecha De Primer Contacto			Fecha de Ultimo Contacto				
Participó en algún evento social con presencia de caso(s) confirmados(s):										SI	No	No Sabe			
País probable de exposición del caso notificado					Número de contactos vigilados para el caso notificado										
Clasificación		Confirmado	Sospechoso		Probable			Descartado							
6. MUESTRAS TOMADAS															
Se tomó muestra	SI	No	Tipo de muestra		Hora toma de muestra			Fecha de toma de muestra		Día	Mes	Año			
Virus detectado:															
7. TIPO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA															
Vigilancia ETI (Pacientes ambulatorios)										Vigilancia IRAG (Pacientes hospitalarios)					
IRAG/ETI en trabajador de salud										SI	No				
IRAG/ETI en personas que han viajado a zonas con circulación de virus respiratorios de potencial pandémico en dos semanas previas a enfermar										SI	No				
Caso de IRAG/ETI en persona previamente sana con deterioro clínico y que no responde a tratamiento										SI	No				
Defunción relacionada con IRAG/ETI de causa desconocida										SI	No				
8. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE															
El paciente fue Hospitalizado		SI	No	Fecha de Hospitalización			No. Expediente Clínico								
Ingreso A Encamamiento		SI		No		Ingreso A Observación		SI		No					
Ingreso A UCI		SI		No		Tubo Endotraqueal		SI		No					
Referido A Otro Hospital:		SI		No		¿Cuál?		SI		No					
Fecha de recuperación/ egreso/fallecimiento					Día	Mes	Año	Condición del paciente al egreso		Vivo	Muerto				



FUNDAORTO

PACIENTE: _____
FECHA: _____ HOJA _____
EDAD: _____ AÑOS SEXO: _____ CAMA _____

FECHA
HORA
MEDICO

**ORDENES MÉDICAS
POST OPERATORIAS DE CIRUGÍA DE ARTROPLASTÍA**

**DR.
GUILLERMO
CLAVERÍE**

1. Pasa a recuperación de adultos por __ horas y luego a su servicio
2. Nada por vía oral por __ horas y luego dieta líquida _____
3. Reposo en cama con almohada abductora y flexora
4. Signos vitales stat y cada __ minutos por __ horas y luego con horario de cada servicio, anotar
5. Vigilar por estado de conciencia, hidratación, dolor, cambios de signos vitales, hemorragia en herida operatoria, movilidad y llenado capilar distal, náusea, vómitos
6. Solución _____ intravenoso para ____ horas y luego solución _____ para ____ horas, y posteriormente evaluar continuar soluciones intravenosas o sello de heparina
7. ANTIBIOTICOS
 - a. Vancomicina 1 gramo diluido en 250 cc S/S intravenoso lento a pasar a 83 cc/hora a las ____ horas y asociar
 - i. CEFTRIAXONA 1 gramo intravenoso cada 12 horas por ____ dosis
8. ANALGESICOS
 - a. S/S 250 cc + 6 gr de Lisalgil (3 ampollas) + Tramal 200 mg (2 ampollas) + Nauseol 100 mg (2 ampollas) IV por BIC a 15 cc/hora, iniciar a las ____ hrs
 - b. Enantyum 1 ampolla intravenoso cada 8 horas PRN y luego 1 tableta PO cada 8 hrs
 - c. Paraconica 1 gr IV cada 8 horas PRN por dolor (omitir al tolerar PO)
 - d. Paracetamol 750 mg PO cada 8 hrs PRN (al tolerar)
 - e. EN CASO ESPECIAL NO ADMINISTRAR SOLUCION (a) Y ADMINISTRAR S/S 100 cc + morfina 10 mg IV por BIC a 8 cc/hora
9. MEDICAMENTOS
 - a. Esomeprazol 40 mgs o pantoprazol 40 mgs a las 21:00 horas Intravenoso lento
 - b. Nauseol 50 mgs o Modifical 8 mgs intravenoso cada 8 horas por náusea
 - c. Histaprin 1 ampolla intravenoso cada 8 horas por si fuera necesario en alergias
 - d. Enoxaparina ____ mg subcutáneo 6 horas (____ hrs) post operatorio y cada 24 horas
10. Evaluar, anotar y ordenar los medicamentos propios del paciente ordenados por su médico tratante
11. Hacer control de hemoglobina/hematocrito mañana a la 06:00 hrs y reportar
12. Colocar bolsa con hielo en área periférica a la herida operatoria en forma intermitente
13. NO COLOCAR VACINES EN CASO DE CIRUGIA DE CADERA
14. Hacer control de rayos X post operatorio en recuperación(en rodilla A/P y Lateral, y en Cadera A/P), reclamar y dejar en cabecera de la cama del paciente
15. HACER CURACIONES CUANDO SEA NECESARIO POR CURACIONES MANCHADAS E INFORMAR DE LAS MISMAS
16. Cumplir otras órdenes escritas por anestesiólogo
17. Iniciar con fisioterapia el día de hoy en PM
18. Retirar Sonda Foley mañana en AM
19. Reportar y anotar cualquier cambio al instante
20. Informar por cambios a Dr. Leiser Mazariegos (Internista) cel. 5720-5226
21. Consultas por Enfermería a Iris Avendaño 53570269
22. Gracias

Escala Funcional WOMAC

Esta escala es un instrumento diseñado para medir el dolor, rigidez, capacidad física y actividades asociadas con la cadera y la rodilla en pacientes con osteoartritis.

El WOMAC contiene varias preguntas agrupadas en tres escalas.

Cada pregunta contiene la respuesta de cualquiera de los cinco niveles que se clasifican de la siguiente manera;

1. Ninguno
2. Discreto
3. Moderado
4. Severo
5. Extremo

Esta evaluación se realiza media vez el paciente ya haya sido clasificado para hacer operado.

La frecuencia con que se evalúa es al 3er mes, 6to mes, 9no mes hasta cumplirse el año de post operado, y así darle un seguimiento de la evolución que ha tenido en el transcurso del año.

ESCALA FUNCIONAL WOMAC

PACIENTE:

REGISTRO:

EDAD:

FECHA DE ELABORACION:

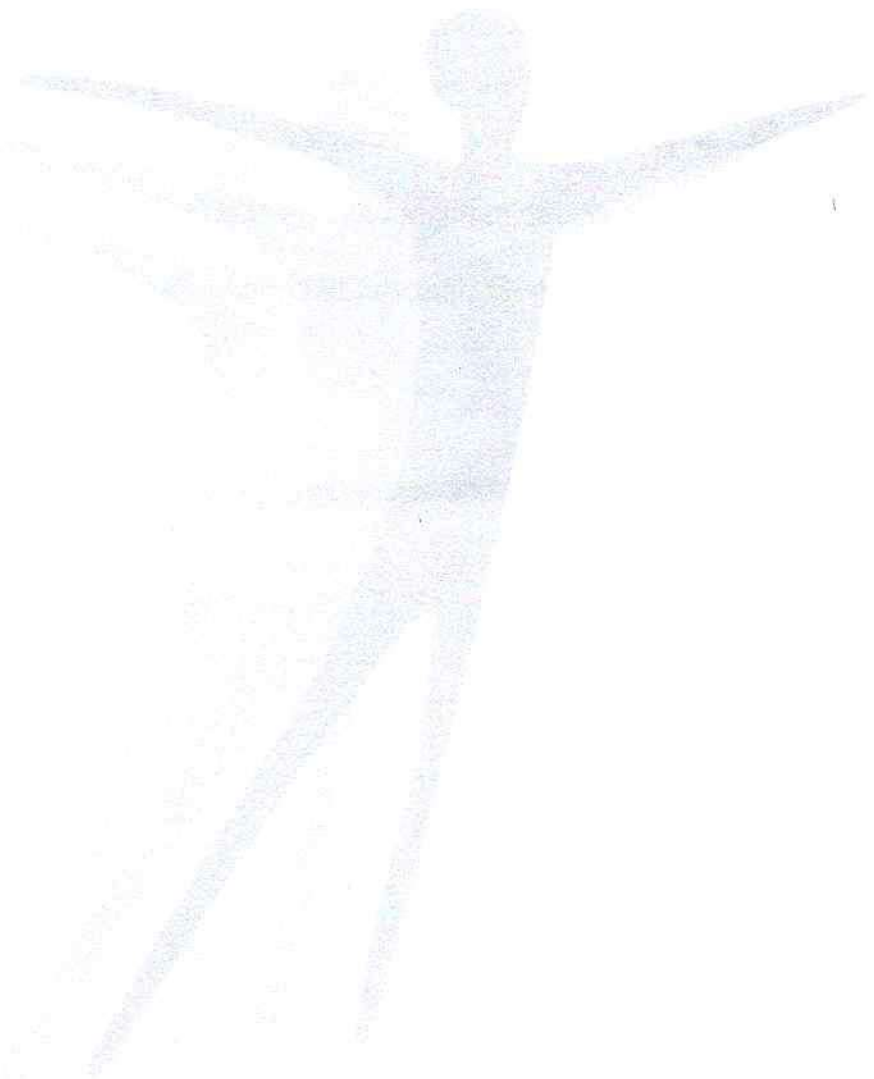
FECHA DE CIRUGIA:

CADERA: DERECHA

IZQUIERDA

Severidad durante el mes pasado	Ninguno	Discreto	Moderado	Severo	Extremo
Dolor al caminar					
Dolor al subir escaleras					
Dolor nocturno					
Dolor a descansar					
Dolor al ponerse de pie					
Molestia matutina					
Molestia durante el transcurso del día					
Nivel de dificultad para realizar actividades					
Al bajar escaleras					
Al subir escaleras					
Levantarse de una silla					
Ponerse de pie					
Sentarse en el piso					
Caminar en terreno plano					
Subir o bajar del auto					
Ir de compras					
Levantarse de una cama					
Ponerse calcetines					
Acostarse					
Bañarse					

Sentarse					
Utilizar el excusado					
Labores domesticas pesadas					
Labores domesticas leves					



Hoja de Medición

El objetivo de hoja es evaluar y medir los rangos de movilidad articular de la rodilla y cadera, en la etapa pre-operatoria y post-operatoria se hace con la ayuda del goniómetro y va marcando los grados que tiene el paciente en los movimientos de flexión, extensión en rodilla; y la abducción, aducción y rotaciones en la cadera.

Se hace con la misma frecuencia que la escala funcional del Womac.

También se identifica los tipos de deformidad articular; Genuvaro, Genuvalgo.



47283

HIP CLINIC

SIDE A

JRSI
Foundation

PATIENT ID#

--	--	--	--	--	--	--	--

EXAMDATE

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

NAME: _____

COMPLICATIONS ADDENDUM HIP

Pre	6m	1Y	2Y	3Y	5Y	7Y	10Y	12Y	15Y	17Y	20Y	22Y	25Y	27Y	30Y
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CLINICAL CODE

Pain:

None/ignores

Slight, occasional, with no compromise in activity

Mild, with no effect on ordinary activity; pain after unusual activity; uses aspirin

Moderate tolerable and makes concessions, occasional codeine

Marked with serious limitations

Totally disabling

FT	IN	WEIGHT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FUNCTION

Limp: (walking maximum distance)

None

Slight

Moderate

Severe

Unable to walk

Support:

None

Cane, long walks

Cane, full time

Crutch

2 canes/walker

2 crutches

Unable to walk

Distance Walked:

Unlimited

6 blocks

2-3 blocks

Indoors only

From bed to chair

FUNCTION ACTIVITIES

Stairs:

Normally

Normally w/banister

Any method

Unable

Sox/Tie shoes:

With ease

With difficulty

Unable

Sitting:

Any chair, 1 hour

High chair 1/2 hour

Unable to sit 1/2 hour any chair

Public transport: Able to enter Not able to enter

Absence of Deformity (all 4)

Fixed ADD < 10 deg

Fixed IRE < 10 deg

Leg length discrepancy < 1 1/4"

PFC < 30 deg

RANGE OF MOTION

Abductor Lurch: + -

Trendelenburg: + -

Leg Shortening (cm): 0 1 2 3 4 5

Leg Lengthening (cm): 0 1 2 3 4 5

Flex Contract	Flexion	Abduction	Adduction <input type="radio"/> -	Int Rot <input type="radio"/> -	Ext Rot	SLR	Abduct c/grav
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PREOPERATIVE ONLY:

Dorsalis Pedis: 0absent..... 0

1 1+ 1

2 2+ 2

3 3+ 3

Posterior Tibial: 0 1 2 3

Motor loss:

RADIOGRAPHIC EVALUATION

Myositis:

None

<= 1/3

>= 1/3 - 2/3

TV

Intrapelvic Cement:

No

Yes

N/A

Non Union:

No

Yes

N/A

Fragment

Wire Breakage:

No

No wires

Yes

Yes w/migration

Resorption

Unbroken cable

Broken cable

Change in Other Hip:

No OA/RA

Bil THR

Girdlestone

Dislocated Hip

Cup

Fused Hip

YES from No OA/RA/AVN to OA/RA/AVN

Progression of OA/RA/AVN

No change in OA/RA/AVN

Change from previous XR:

FISIOTERAPISTA MARTA GALVEZ

**PLAN EDUCATIVO DE EJERCICIOS DE FISIOTERAPIA POST
OPERATORIO DE REEMPLAZO ARTICULAR DE RODILLA**

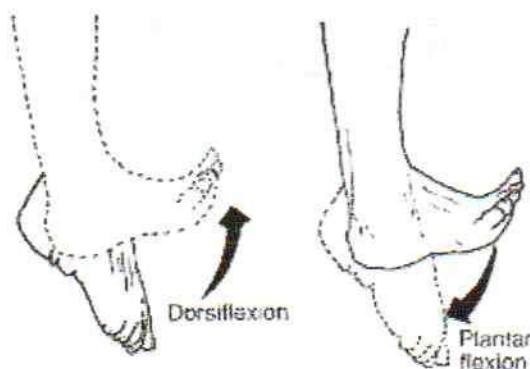
EJERCICIO PARA LA CIRCULACION:

Flexión de tobillos

Acostado boca arriba llevar los pies arriba y abajo.

Repita 10 veces (1 serie)

Haga dos series por día

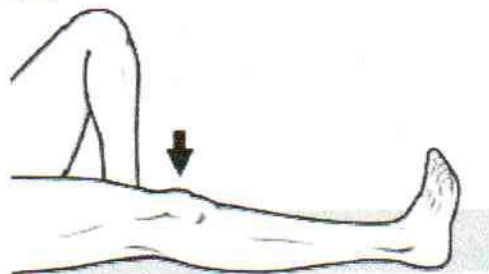


Isométricos de cuádriceps

Acostado boca arriba con las piernas rectas, apretar los muslos empujando la rodilla hacia abajo en la cama.

Repita 10 veces (1 serie)

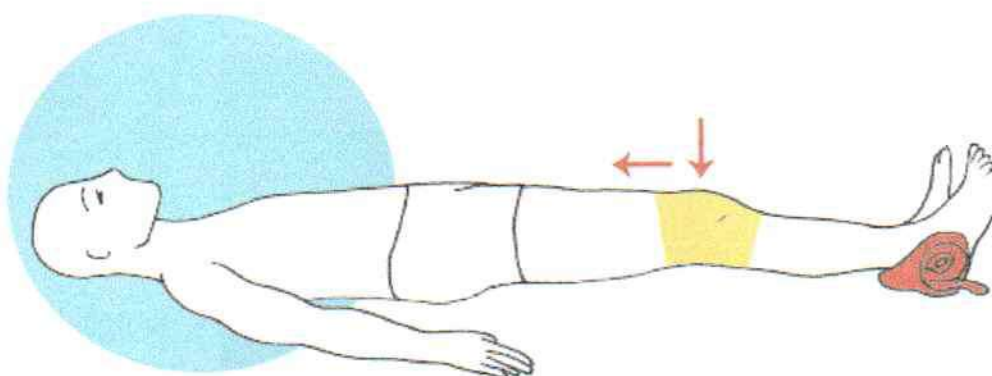
Haga dos series por día



ESTIRAMIENTO DE LA RODILLA

Acostado boca arriba con el tobillo apoyado en una toalla enrollada, relaje su pierna y deje que la gravedad enderece su rodilla.

Sostenga por cinco segundos (hágalo dos veces al día)



DESLIZAMIENTO DEL TALON

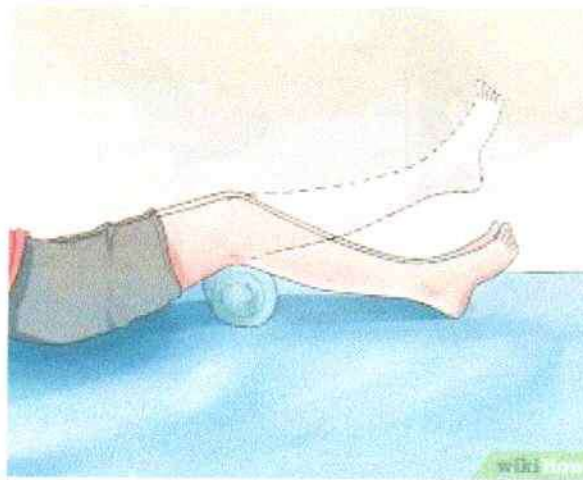
Acuéstese boca arriba con las piernas extendidas. Deslice su talón hacia los glúteos y vuelva a la posición inicial. Hacer 10 repeticiones y dos veces al día.



EXTENSION DE RODILLA

Acostado boca arriba con una almohada o toalla bajo su rodilla y su pierna flexionada 45 grados, levante el pie y deje que la gravedad doble su pierna.

Haga 10 repeticiones 2 series.



ESTIRAMIENTO DE LA RODILLA CON UNA TOALLA SENTADO

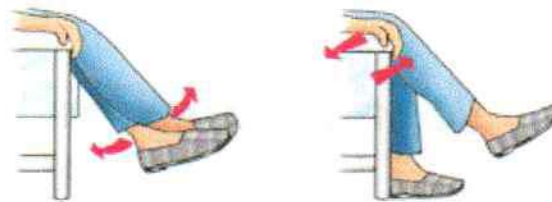
Siéntese en una superficie plana doble su rodilla operada manteniendo el pie en contacto con una superficie plana. Enrolle una toalla en el tobillo y deslice su talón hacia los glúteos.

Sostenga por 5 segundos 10 repeticiones y dos series de 10

FLEXION Y EXTENCION DE RODILLA EN UNA SILLA

Sentada en una silla con los pies sobre el piso. Deslice el pie hacia tras los más que pueda y déjelo en esa posición mientras que se desliza la cadera hacia adelante para doblar la rodilla.

Sostenga por 5 segundos haga 10 repeticiones.



Fisioterapeuta Marta Gálvez

Plan educacional de ejercicios pos operatorios para el reemplazo articular de cadera.

Estos se pueden realizar antes y después de la cirugía

INFORMACIÓN GENERAL

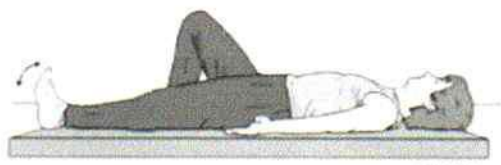
Es importante mantener su cuerpo fuerte y flexible, tanto antes como después de su cirugía de prótesis articular. Seguir el programa de ejercicios que se presenta a continuación lo ayudará a acelerar la recuperación y a hacer que las tareas diarias sean más fáciles y menos dolorosas durante su período de rehabilitación.

Ejercicio para la circulación:

Flexión de tobillos

Acuéstese sobre la espalda. Tire del tobillo de la pierna operada flexionando el pie hacia arriba y hacia abajo.

- Repita 10 veces (1 serie).
- Haga dos series por día.

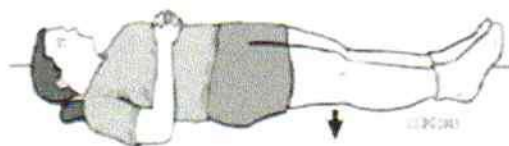


Ejercicio para la circulación: Conjuntos de cuádriceps

Acuéstese boca arriba con las piernas rectas. Apriete el músculo del muslo empujando la rodilla hacia abajo en la cama.

NO aguante la respiración.

- Repita 10 veces (1 serie).
- Haga dos series por día.

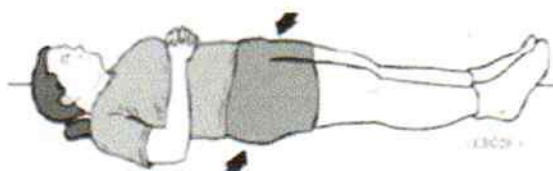


Ejercicio para la circulación: Conjuntos de glúteos (nalgas)

Acuéstese boca arriba con las piernas rectas. Contraiga las nalgas y apriete los glúteos.

NO aguante la respiración.

- Repita 10 veces (1 serie).
- Haga dos series por día.



Ejercicios de cuádriceps: levantamientos de pierna de corto recorrido

Acuéstese sobre la espalda con una toalla enrollada debajo de la rodilla. Lentamente enderece la rodilla operada levantando el pie mientras mantiene el muslo sobre la toalla enrollada.

- Repita 10 veces (1 serie).
- Haga dos series por día.



Deslizantes del talón

Acuéstese sobre la espalda. Doble la rodilla operada deslizando el talón hacia los glúteos.

- Repita 10 veces (1 serie).
- Haga dos series por día.



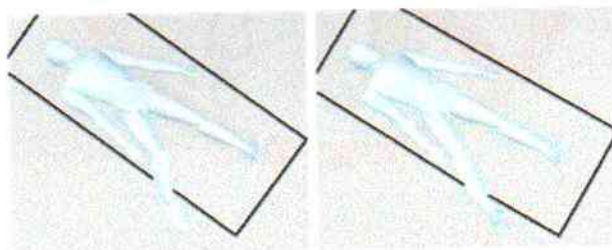
ABD/Aducción de cadera

Acuéstese sobre la espalda. Mantenga la rodilla estirada y los dedos apuntando hacia el techo. Desliza la pierna quirúrgica hacia un lado y de vuelta al centro.

NO permita que su pierna operada cruce la línea media.

- Repita 10 veces (1 serie).
- Haga dos series por día.

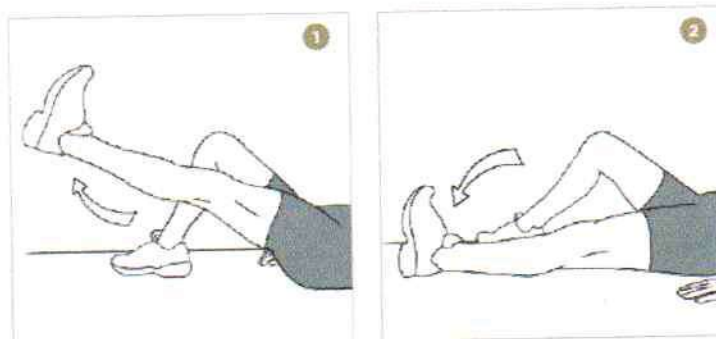
Nota: Después de la cirugía de prótesis de cadera pregunte a su cirujano o terapeuta acerca de este ejercicio.



Elevación de pierna recta

Acuéstese boca arriba con la pierna no operada doblada. Apriete la rodilla en la pierna operada y levante lentamente la pierna a nivel de la rodilla doblada. Mantenga la espalda plana en la superficie.

- Repita 10 veces (1 serie).
- Haga dos series por día.



Cuidados pos operatorios para evitar la luxación de prótesis de cadera

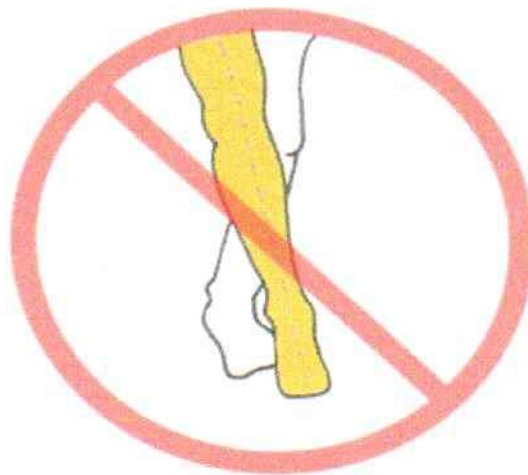
Evitar demasiada flexión de cadera.

No se incline por la cintura, ni se siente con las caderas más abajo de las rodillas.



Evitar aproximar o aducir la pierna operada

No cruce la pierna operada encima de su otra pierna.
Mantenga SIEMPRE los muslos separados



Evitar rotar la cadera hacia dentro (pie hacia dentro)

No gire la pierna operada hacia adentro.



Evite cruzar la pierna operada sobre la otra



Hay que evitar inclinar la cadera operada más de 90 grados.



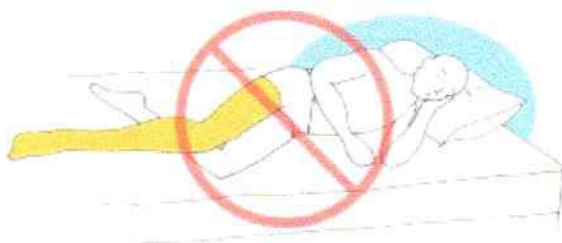
Al caminar o girar, hay que mantener siempre dedos de los pies y la rodilla apuntando hacia delante o hacia fuera, NO ROTAR HACIA DENTRO.



Evite las camas muy bajas.



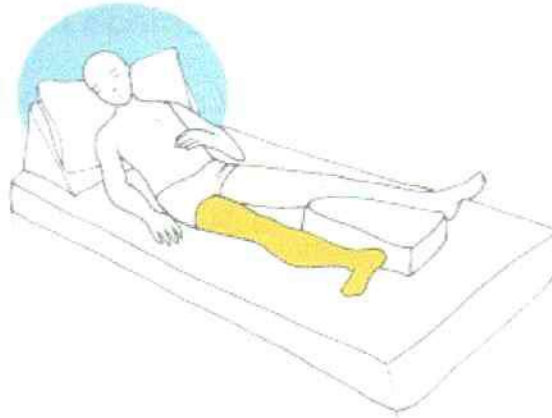
No es aconsejable acostarse sobre ninguno de los lados en las primeras etapas de la recuperación.



No duerma ni descansa boca abajo (decúbito prono).



Puede dormir boca arriba durante las primeras semanas con un cojín entre las piernas.



Para bajar de la cama, levante las piernas y sáquelas una por una girando el trasero mientras lo hace.

Intente no flexionar la rodilla de su pierna operada.

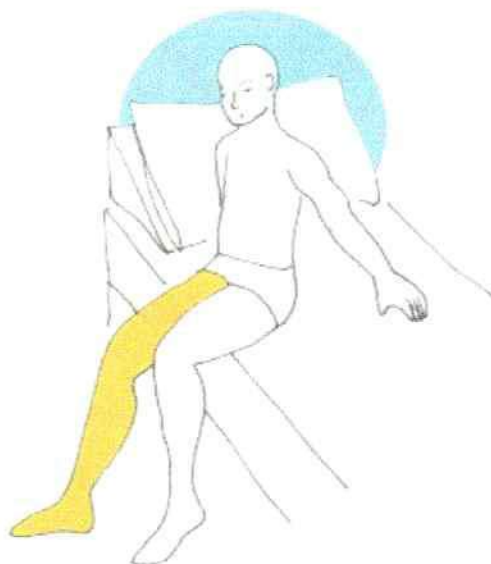
El tronco y la pierna operada deben estar alineados en todo momento.



Después siéntese en el borde de la cama con el pie de su pierna NO operada apoyado firmemente sobre el suelo, la rodilla flexionada y la pierna operada estirada frente a usted con la rodilla sin flexionar.



Coloque las manos sobre la cama ambos lados manteniendo estirada la pierna operada, y apoyando las manos sobre la cama póngase de pie, llevando hacia atrás la pierna operada mientras lo hace.



Cuando esté de pie y seguro, coja su andador / muletas / bastones.

Para volver a la cama realice el procedimiento inverso.



Evite las posiciones en las que la cadera operada se encuentra en rotación interna (rodilla hacia dentro).



No se incline excesivamente hacia delante para coger el pie de la pierna operada, ni levante demasiado ese pie.



Puede usar un calzador de mango largo y un accesorio para ponerse las medias o calcetines en la pierna intervenida.



Comience siempre por el lado operado para ponerse la ropa interior, los calcetines, una falda, un pantalón...

**Puede hacer sin problemas rotación externa (rodilla hacia fuera)
de la pierna operada**



Evite los asientos bajos



Puede colocar o un asidero de apoyo para mantener el equilibrio, o apoyarse fuertemente en la pared.

Después ponga la pierna operada estirada frente a usted.

Luego coja el asiento del inodoro con la otra mano.

Bájese lentamente sobre el asiento deslizándose la pierna operada estirada frente a usted.

Se aconseja la utilización de un suplemento de WC para levantar el asiento.

PARA LEVANTARSE DEL INDODORO REALICE EL PROCEDIMIENTO INVERSO.



Es mejor usar la ducha. Utilice cepillos de mango largo y alfombras antideslizantes.

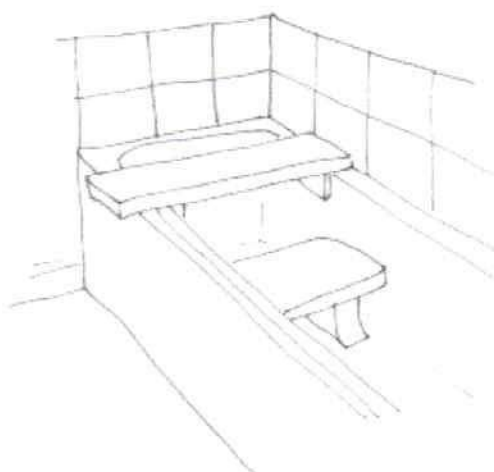


Si no le queda otro remedio que usar la bañera no se tumbe en el fondo de la bañera.



Si tiene que usar bañera utilice estos accesorios:

- Tabla de bañera
- Asiento de bañera
- Taburete
- Asideros de apoyo



No intente entrar ni salir de la bañera sin usar una TABLA ni ASIENTO DE BAÑERA durante las diez o doce semanas tras la operación.

Siéntese en la tabla y levante las piernas para introducirlas en la bañera una a una.

Mantenga estirada la pierna operada.



Mantenga estirada la pierna operada.



Bájese al asiento de bañera cargando el peso sobre la pierna no operada y sobre sus brazos.



Para recoger un objeto del suelo no se incline hacia delante.



**Sosténgase sobre algo firme, como una mesa, y deslice la pierna operada hacia atrás manteniéndola estirada.
Podrá luego agacharse flexionando la rodilla de la pierna no operada.**



También puede poner la rodilla del lado operado en el suelo.

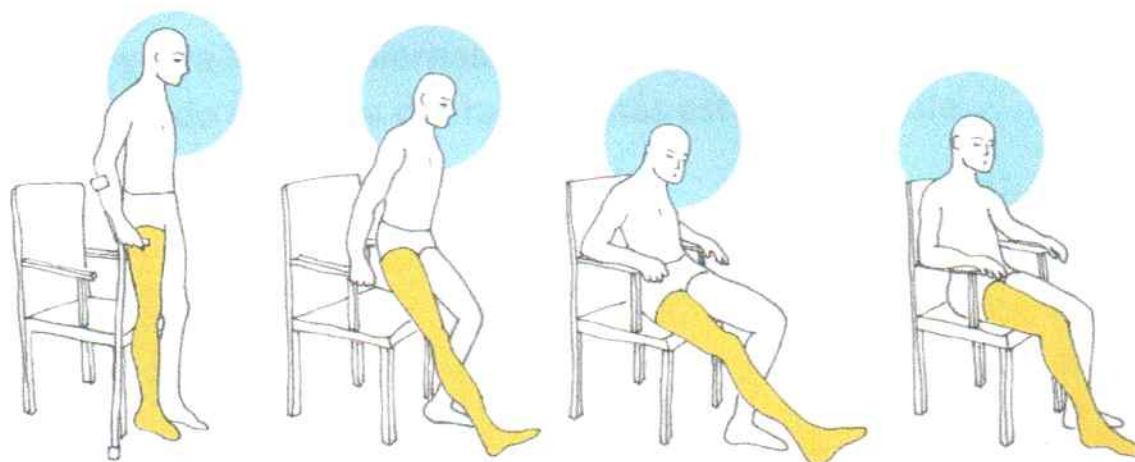


1. Colóquese de modo que la parte de atrás de las piernas queden contra la parte delantera de la silla.

2. Lleve los brazos hacia atrás hasta coger los brazos de la silla. Use las manos de una en una.

3. Deslice la pierna operada estirada frente a usted sin flexionar la rodilla.

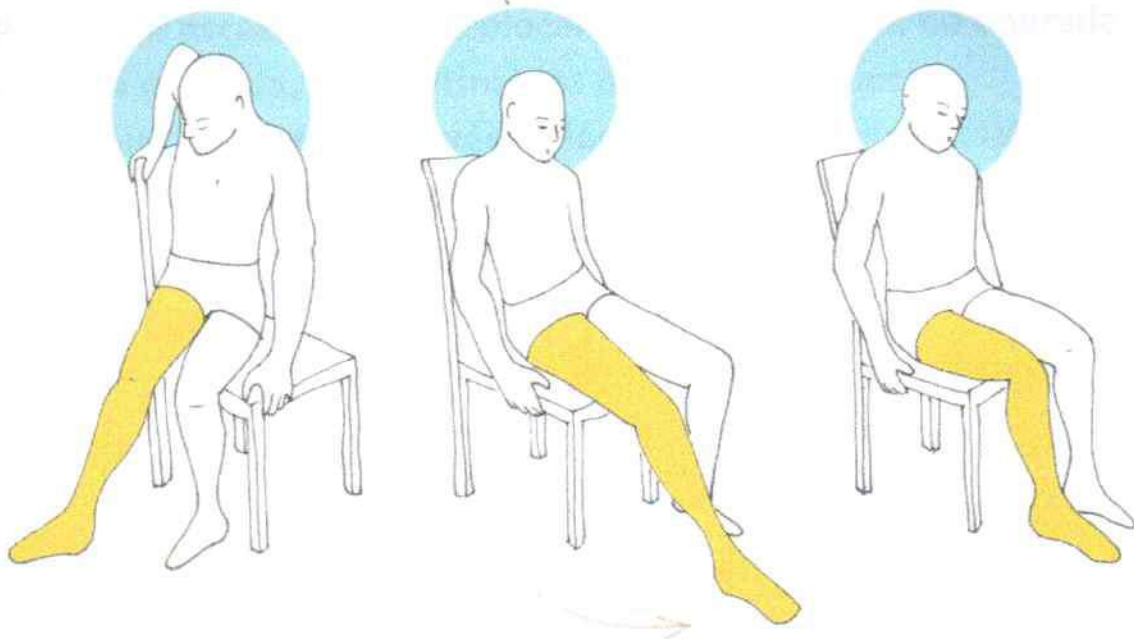
4. Siéntese en la parte delantera del asiento. Luego muévase hasta sentirse cómodo.



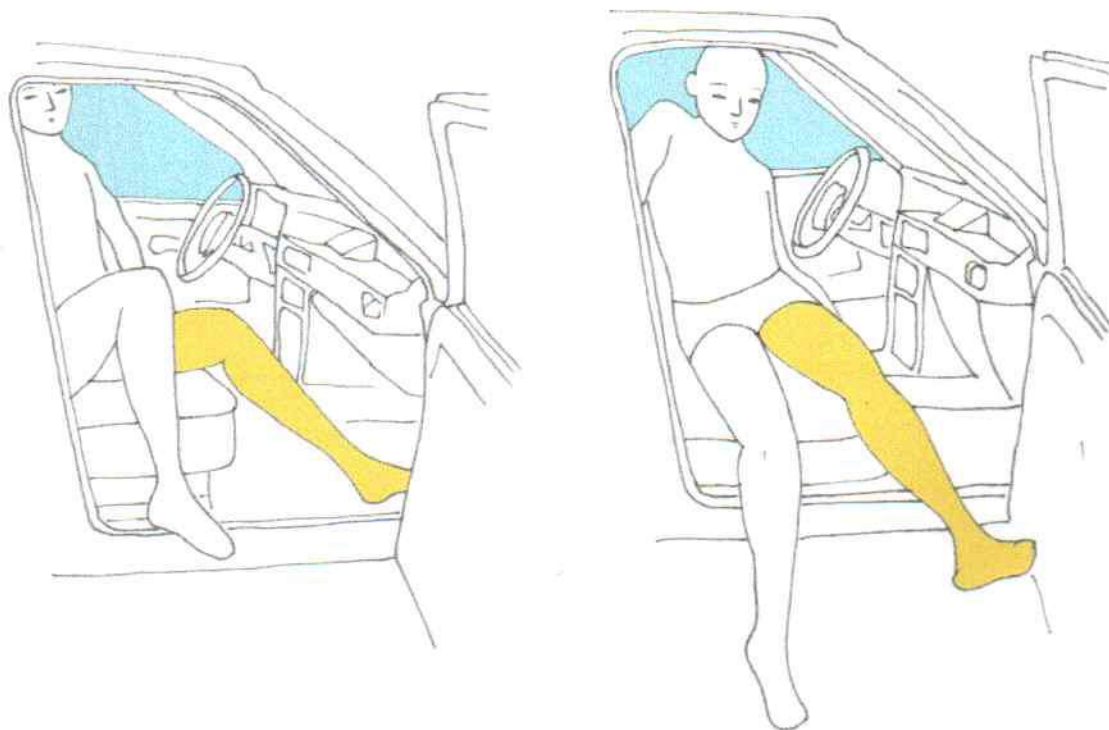
1. Colóquese de lado sobre la silla, con la parte de atrás de sus piernas tocando el costado de la silla. Apóyese con una mano sobre el respaldo de la silla. Coloque la pierna operada estirada frente a usted, sin flexionar en lo posible. Y coja con la otra mano el asiento de la silla.

2. Bájese hasta lograr sentarse. Con ambas manos sobre el asiento de la silla gire manteniendo la pierna estirada.

3. Muévase hasta sentirse cómodo.

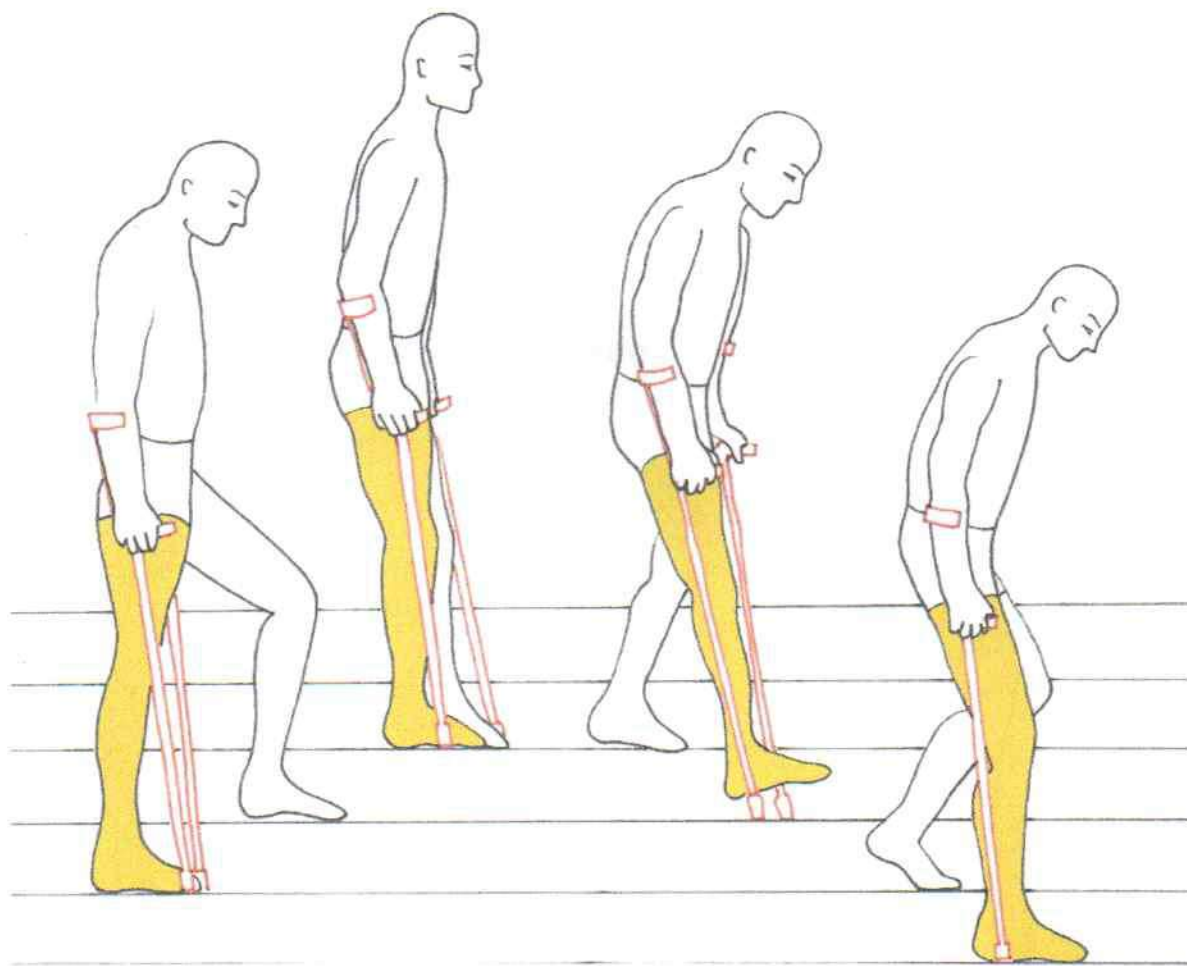


Para subir o bajar del coche, eche hacia atrás el asiento lo máximo posible y gire las dos piernas a la vez ayudándose con los brazos, manteniendo la pierna operada lo más estirada posible.



Para subir escaleras, debe colocar primero la pierna no operada y luego la operada, y por último los bastones o muletas.

Para bajar escaleras, al revés; colocar los bastones o muletas primero, luego la pierna operada y finalmente la pierna sana.



Cuando nos quedemos con un único bastón o muleta siempre debe colocarse en el lado contrario a la pierna operada.

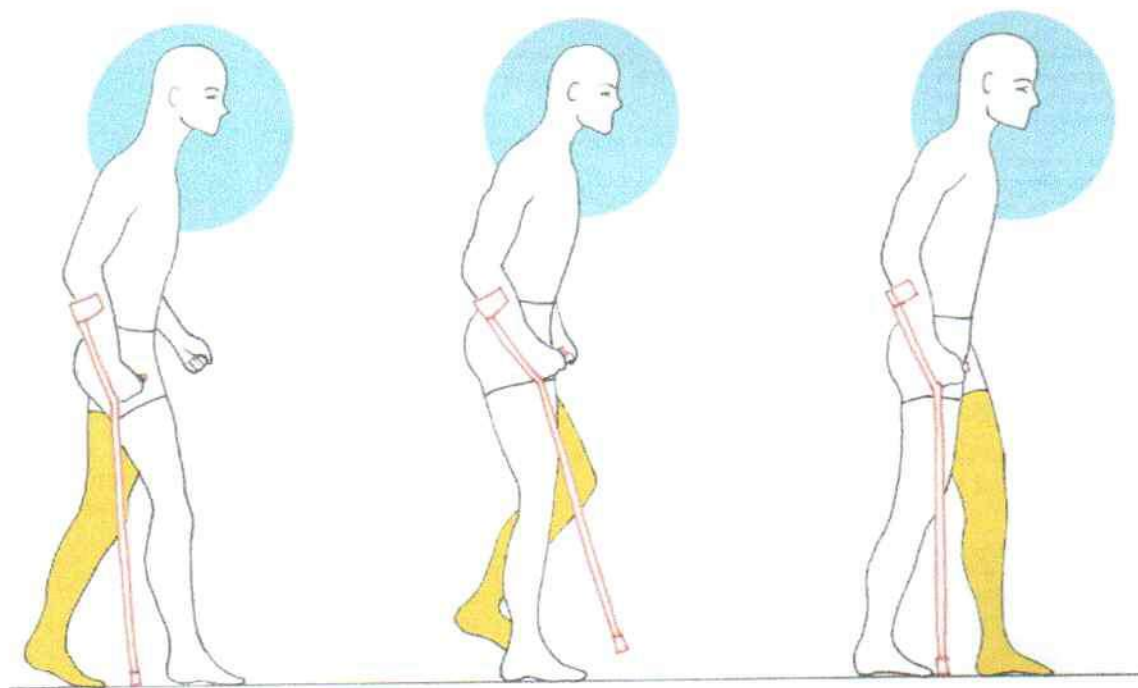
El uso del bastón o la muleta pretende es servir de apoyo y así disminuir la carga en la extremidad operada

La marcha se realizará en 3 pasos:

Avanzamos primero la muleta o bastón.

Después avanzamos la pierna afectada, para que la sana aguante el peso del cuerpo.

Avanzamos por último la pierna sana.



Cuarentena de 14 días para contactos en el contexto del COVID-19

Conócelo. Prepárate. Actúa.

www.paho.org/coronavirus

mspas.gob.gt

Call center COVID-19: 1517 / 1540



¿Qué es la cuarentena?

El periodo que deben permanecer en casa* las personas expuestas a un caso de COVID-19 para evitar que contagien a otros.

* Ó lugar designado por MSPAS (hotel, entre otros)

¿Cuánto tiempo dura la cuarentena?



14 días

¿Quiénes deben estar en cuarentena?

Si usted y/o su familia es un contacto de un caso COVID-19 confirmado o regresó de viaje a un país extranjero.



Estas disposiciones serán modificadas según evolución de la epidemia. Por favor manténgase al atento de las comunicaciones del Gobierno.

Planifique arreglos en casa* para la cuarentena

* Ó lugar designado por MSPAS (hotel, entre otros)



• Ventilación adecuada, habitaciones individuales o separación física entre camas.



• Estructura adecuada para lavarse las manos con agua y jabón.



• Visitas al hogar solamente para entrega de comida y productos esenciales.



• Suficientes provisiones de:

- alimentos, agua, jabón y productos de limpieza personal y del hogar;
- medicamentos para enfermedades crónicas por lo menos para 14 días (si aplica).



• Acceso a noticias, entretenimiento, y apoyo emocional. Use la tecnología si es posible.

Practique buenos hábitos personales de salud y planifique medidas de prevención



• Lavado de manos con jabón y agua o uso de alcohol gel (60% - 75%).



• Cúbrase la nariz y la boca con papel higiénico o pañuelo.



Tire el papel o pañuelo desechable a la basura inmediatamente y lávese las manos con agua y jabón.



• Limpie todos los días con agua y jabón o desinfectante, las superficies y los objetos que se tocan con frecuencia.



• No es necesaria la utilización de mascarilla médica para personas sin síntomas.



• Al menos 1 metro de distancia entre personas.



Vigile su salud

Estará bajo monitoreo diario de un equipo de seguimiento del Ministerio de Salud.

En caso de desarrollar síntomas (fiebre, tos, dolor de garganta y/o dificultad al respirar) continúe con los buenos hábitos personales de salud y debe aislarse.



Llame al equipo de seguimiento del Ministerio de Salud.



No comparta vasos, platos, cubiertos, ropa, toallas o ropa de cama con nadie.



Aíslase de los demás en una habitación o espacio separado.



Si no puede aislarse, póngase una mascarilla y mantenga distancia entre personas (al menos 1 metro).



GOBIERNO de GUATEMALA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

OPS

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud

- 00116

April 10, 2020

Rong Wang, Ph.D.
Project Manager
Atila BioSystems, Inc.
740 Sierra Vista Ave., Suite E
Mountain View, CA 94043

Device: iAMP COVID-19 Detection Kit

Company: Atila BioSystems, Inc.

Indication: Qualitative detection of nucleic acid from SARS-CoV-2 in nasal, nasopharyngeal (NP), and oropharyngeal (OP) swabs from patients suspected of COVID-19 by their health care provider. Emergency use of this test is limited to authorized laboratories.

Authorized Laboratories: Laboratories certified under the Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA), 42 U.S.C. §263a, to perform high complexity tests.

Dear Dr. Wang:

This letter is in response to your¹ request that the Food and Drug Administration (FDA) issue an Emergency Use Authorization (EUA) for emergency use of your product,² pursuant to Section 564 of the Federal Food, Drug, and Cosmetic Act (the Act) (21 U.S.C. §360bbb-3).

On February 4, 2020, pursuant to Section 564(b)(1)(C) of the Act, the Secretary of the Department of Health and Human Services (HHS) determined that there is a public health emergency that has a significant potential to affect national security or the health and security of United States citizens living abroad, and that involves the virus that causes COVID-19. Pursuant to Section 564 of the Act, and on the basis of such determination, the Secretary of HHS then declared that circumstances exist justifying the authorization of emergency use of in vitro diagnostics for detection and/or diagnosis of the virus that causes COVID-19 subject to the terms of any authorization issued under Section 564(a) of the Act.³

Having concluded that the criteria for issuance of this authorization under Section 564(c) of the

¹ For ease of reference, this letter will use the term "you" and related terms to refer to Atila BioSystems, Inc..

² For ease of reference, this letter will use the term "your product" to refer to the iAMP COVID-19 Detection Kit used for the indication identified above.

³ U.S. Department of Health and Human Services, *Determination of a Public Health Emergency and Declaration that Circumstances Exist Justifying Authorizations Pursuant to Section 564(b) of the Federal Food, Drug, and Cosmetic Act*, 21 U.S.C. § 360bbb-3, 85 FR 7316 (February 7, 2020).

Act are met, I am authorizing the emergency use of your product, described in the Scope of Authorization of this letter (Section II), subject to the terms of this authorization.

I. Criteria for Issuance of Authorization

I have concluded that the emergency use of your product meets the criteria for issuance of an authorization under Section 564(c) of the Act, because I have concluded that:

1. The SARS-CoV-2 can cause a serious or life-threatening disease or condition, including severe respiratory illness, to humans infected by this virus;
2. Based on the totality of scientific evidence available to FDA, it is reasonable to believe that your product may be effective in diagnosing COVID-19, and that the known and potential benefits of your product when used for diagnosing COVID-19, outweigh the known and potential risks of your product; and
3. There is no adequate, approved, and available alternative to the emergency use of your product.⁴

II. Scope of Authorization

I have concluded, pursuant to Section 564(d)(1) of the Act, that the scope of this authorization is limited to the indication above.

Authorized Product Details

Your product is a qualitative test for the detection of nucleic acid from SARS-CoV-2 in in nasal, nasopharyngeal (NP), and oropharyngeal (OP) swabs from patients suspected of COVID-19 by their health care provider. The SARS-CoV-2 nucleic acid is generally detectable in upper respiratory specimens during the acute phase of infection. Positive results are indicative of the presence of SARS-CoV-2 nucleic acid; clinical correlation with patient history and other diagnostic information is necessary to determine patient infection status. Positive results do not rule out bacterial infection or co-infection with other viruses.

To use your product, swab samples are first incubated in Sample Buffer Mix before the nucleic acid is reverse transcribed into cDNA followed by isothermal amplification and detection using an authorized real-time PCR instrument. The iAMP COVID-19 Detection Kit includes the following materials or other authorized materials: Primer Mix (COVIDPM), Buffer Mix (COVIDBM), Positive Control Template (COVIDPC), Negative Control Template (COVIDNC), and the Atila Sample Collection Device (COVID-SCD), which includes Synthetic fiber swabs with plastic shafts, collection tubes, 6X Atila COVID-19 Sample Buffer A and 30X Atila COVID-19 Sample Buffer B.

Your product requires the following controls, or other authorized control materials, that are processed in the same way as the patient samples when tested with your product. The control listed below must generate expected results in order for a test to be considered valid, as outlined

⁴ No other criteria of issuance have been prescribed by regulation under Section 564(c)(4) of the Act.

in the Instructions for Use:

- Internal Control (IC) - human *Gapdh* gene in clinical samples: The IC primer and probe set is included in each run to test for human RP, which controls for specimen quality and demonstrates that nucleic acid was generated by the extraction process.
- PC - positive template control - serves as a control for amplification and detection of SARS-CoV-2 RNA. The positive control is used to monitor for failures of amplification reagents and reaction conditions.
- NC - negative template control – used to monitor non-specific amplification, cross-contamination during experimental setup, and nucleic acid contamination of reagents.

Your product also requires the use of additional authorized materials and authorized ancillary reagents that are not included with your product and are described in the Instructions for Use.

The above described product, when labeled consistently with the labeling authorized by FDA, entitled “Atila iAMP COVID-19 Detection Kit Instructions for Use” (available at <https://www.fda.gov/medical-devices/emergency-situations-medical-devices/emergency-use-authorizations>), which may be revised in consultation with, and with concurrence of, the Division of Microbiology Devices (DMD)/Office of Health Technology 7 Office of In Vitro Diagnostics and Radiological Health (OHT7-OIR)/Office of Product Evaluation and Quality (OPEQ)/Center for Devices and Radiological Health (CDRH), is authorized to be distributed to and used by authorized laboratories under this EUA, despite the fact that it does not meet certain requirements otherwise required by applicable federal law.

Your product is authorized to be accompanied by the following product-specific information pertaining to the emergency use, which is required to be made available to healthcare providers and patients:

- Fact Sheet for Healthcare Providers: iAMP COVID-19 Detection Kit
- Fact Sheet for Patients: iAMP COVID-19 Detection Kit

I have concluded, pursuant to Section 564(d)(2) of the Act, that it is reasonable to believe that the known and potential benefits of your authorized product, when used for the qualitative detection of SARS-CoV-2 and used consistently with the Scope of Authorization of this letter (Section II), outweigh the known and potential risks of your product.

I have concluded, pursuant to Section 564(d)(3) of the Act, based on the totality of scientific evidence available to FDA, that it is reasonable to believe that your product may be effective for the indication above, when used consistently with the Scope of Authorization of this letter (Section II), pursuant to Section 564(c)(2)(A) of the Act.

FDA has reviewed the scientific information available to FDA, including the information supporting the conclusions described in Section I above, and concludes that your product (as described in the Scope of Authorization of this letter (Section II)) meets the criteria set forth in Section 564(c) of the Act concerning safety and potential effectiveness.

The emergency use of your product under this EUA must be consistent with, and may not exceed, the terms of this letter, including the Scope of Authorization (Section II) and the Conditions of Authorization (Section IV). Subject to the terms of this EUA and under the circumstances set forth in the Secretary of HHS's determination under Section 564(b)(1)(C) described above and the Secretary of HHS's corresponding declaration under Section 564(b)(1), your product is authorized for the indication above.

This EUA will cease to be effective when the HHS declaration that circumstances exist to justify the EUA is terminated under Section 564(b)(2) of the Act or when the EUA is revoked under Section 564(g) of the Act.

III. Waiver of Certain Requirements

I am waiving the following requirements for your product during the duration of this EUA:

- Current good manufacturing practice requirements, including the quality system requirements under 21 CFR Part 820 with respect to the design, manufacture, packaging, labeling, storage, and distribution of your product.

IV. Conditions of Authorization

Pursuant to Section 564(e) of the Act, I am establishing the following conditions on this authorization:

Atila BioSystems, Inc. (You) and Authorized Distributor(s)⁵

- A. Your product must comply with the following labeling requirements under FDA regulations: the intended use statement (21 CFR 809.10(a)(2), (b)(2)); adequate directions for use (21 U.S.C. 352(f)), (21 CFR 809.10(b)(5), (7), and (8)); any appropriate limitations on the use of the device including information required under 21 CFR 809.10(a)(4); and any available information regarding performance of the device, including requirements under 21 CFR 809.10(b)(12).
- B. You and authorized distributor(s) will make your product available with the authorized labeling to authorized laboratories. You may request changes to the authorized labeling. Such requests will be made in consultation with, and require concurrence of, DMD/OHT7-OIR/OPEQ/CDRH.
- C. You and authorized distributor(s) will provide to authorized laboratories the Fact Sheet for Healthcare Providers and the authorized Fact Sheet for Patients. You may request changes to the authorized Fact Sheets. Such requests will be made in consultation with, and require concurrence of, DMD/OHT7-OIR/OPEQ/CDRH.

⁵ "Authorized Distributor(s)" are identified by you, Atila BioSystems, Inc., in your EUA submission as an entity allowed to distribute your device.

- D. You and authorized distributor(s) will make available on your website(s) the Fact Sheet for Healthcare Providers and the Fact Sheet for Patients.
- E. You and authorized distributor(s) will inform authorized laboratories and relevant public health authorities of this EUA, including the terms and conditions herein, and any updates made to your product, authorized labeling and authorized Fact Sheets.
- F. Through a process of inventory control, you and authorized distributor(s) will maintain records of the authorized laboratories to which they distribute the test and number of tests they distribute.
- G. You and authorized distributor(s) will collect information on the performance of your product. You will report to FDA any suspected occurrence of false positive and false negative results and significant deviations from the established performance characteristics of the product of which you become aware.
- H. You and authorized distributor(s) are authorized to make available additional information relating to the emergency use of your product that is consistent with, and does not exceed, the terms of this letter of authorization.

Atila BioSystems, Inc. (You)

- I. You will notify FDA of any authorized distributor(s) of your product, including the name, address, and phone number of any authorized distributor(s).
- J. You will provide authorized distributor(s) with a copy of this EUA and communicate to authorized distributor(s) any subsequent amendments that might be made to this EUA and its authorized accompanying materials (e.g., Fact Sheets).
- K. You may request changes to the Scope of Authorization (Section II in this letter) of your product. Such requests will be made in consultation with DMD/OHT7-OIR/OPEQ/CDRH, and require concurrence of, Office of Counterterrorism and Emerging Threats (OCET)/Office of the Chief Scientist (OCS)/Office of the Commissioner (OC) and DMD/OHT7-OIR/OPEQ/CDRH.
- L. You may request the addition of other instruments and associated software for use with your product. Such requests will be made in consultation with, and require concurrence of, DMD/OHT7-OIR/OPEQ/CDRH.
- M. You may request the addition of other extraction methods for use with your product. Such requests will be made in consultation with, and require concurrence of, DMD/OHT7-OIR/OPEQ/CDRH.
- N. You may request the addition of other specimen types for use with your product. Such requests will be made in consultation with, and require concurrence of, DMD/OHT7-

OIR/OPEQ/CDRH.

- O. You may request the addition and/or substitution of primers or probes for use with your product. Such requests will be made in consultation with, and require concurrence of, DMD/OHT7-OIR/OPEQ/CDRH.
- P. You may request the addition and/or substitution of control materials for use with your product. Such requests will be made in consultation with, and require concurrence of, DMD/OHT7-OIR/OPEQ/CDRH.
- Q. You may request the addition and/or substitution of other ancillary reagents and materials for use with your product. Such requests will be made in consultation with, and require concurrence of, DMD/OHT7-OIR/OPEQ/CDRH.
- R. You will evaluate the analytical limit of detection and assess traceability⁶ of your product with any FDA-recommended reference material(s). After submission to FDA and DMD/OHT7-OIR/CDRH's review of and concurrence with the data, you will update labeling to reflect the additional testing. Such labeling updates will be made in consultation with, and require concurrence of, DMD/OHT7-OIR/OPEQ/CDRH.
- S. You will track adverse events, including any occurrence of false results and report to FDA under 21 CFR Part 803.

Authorized Laboratories

- T. Authorized laboratories using your product will include with result reports of your product, all authorized Fact Sheets. Under exigent circumstances, other appropriate methods for disseminating these Fact Sheets may be used, which may include mass media.
- U. Authorized laboratories using your product will use your product as outlined in the Instructions for Use. Deviations from the authorized procedures, including the authorized instruments, authorized extraction methods, authorized clinical specimen types, authorized control materials, authorized other ancillary reagents and authorized materials required to use your product are not permitted.
- V. Authorized laboratories that receive your product will notify the relevant public health authorities of their intent to run your product prior to initiating testing.
- W. Authorized laboratories using your product will have a process in place for reporting test results to healthcare providers and relevant public health authorities, as appropriate.
- X. Authorized laboratories will collect information on the performance of your product and report to DMD/OHT7-OIR/OPEQ/CDRH (via email: CDRH-EUA-Reporting@fda.hhs.gov) and you (Covid19_support@atilabiosystems.com) any

⁶ Traceability refers to tracing analytical sensitivity/reactivity back to an FDA-recommended reference material.

suspected occurrence of false positive or false negative results and significant deviations from the established performance characteristics of your product of which they become aware.

- Y. All laboratory personnel using your product must be appropriately trained in real-time nucleic acid amplification techniques and use appropriate laboratory and personal protective equipment when handling this kit, and use your product in accordance with the authorized labeling.

Atila BioSystems, Inc. (You), Authorized Distributors and Authorized Laboratories

- Z. You, authorized distributors, and authorized laboratories using your product will ensure that any records associated with this EUA are maintained until otherwise notified by FDA. Such records will be made available to FDA for inspection upon request.

Conditions Related to Advertising and Promotion

- AA. All advertising and promotional descriptive printed matter relating to the use of your product shall be consistent with the Fact Sheets and authorized labeling, as well as the terms set forth in this EUA and the applicable requirements set forth in the Act and FDA regulations.
- BB. All advertising and promotional descriptive printed matter relating to the use of your product shall clearly and conspicuously state that:
- This test has not been FDA cleared or approved;
 - This test has been authorized by FDA under an EUA for use by authorized laboratories;
 - This test has been authorized only for the detection of nucleic acid from SARS-CoV-2, not for any other viruses or pathogens; and
 - This test is only authorized for the duration of the declaration that circumstances exist justifying the authorization of emergency use of in vitro diagnostic tests for detection and/or diagnosis of COVID-19 under Section 564(b)(1) of the Act, 21 U.S.C. § 360bbb-3(b)(1), unless the authorization is terminated or revoked sooner.

No advertising or promotional descriptive printed matter relating to the use of your product may represent or suggest that this test is safe or effective for the detection of SARS-CoV-2.

The emergency use of your product as described in this letter of authorization must comply with the conditions and all other terms of this authorization.

V. Duration of Authorization

This EUA will be effective until the declaration that circumstances exist justifying the authorization of the emergency use of in vitro diagnostic tests for detection and/or diagnosis of COVID-19 is terminated under Section 564(b)(2) of the Act or the EUA is revoked under Section 564(g) of the Act.

Sincerely,

RADM Denise M. Hinton
Chief Scientist
Food and Drug Administration

Enclosures

FACT SHEET FOR HEALTHCARE PROVIDERS

Coronavirus
Disease 2019
(COVID-19)

iAMP COVID-19 Detection Kit – Atila BioSystems, Inc.

April 10, 2020

This Fact Sheet informs you of the significant known and potential risks and benefits of the emergency use of the iAMP COVID-19 Detection Kit.

The iAMP COVID-19 Detection Kit is authorized for use on respiratory specimens collected from individuals suspected of COVID-19 by their healthcare provider.

All patients whose specimens are tested with this assay will receive the Fact Sheet for Patients: iAMP COVID-19 Detection Kit.

What are the symptoms of COVID-19?

Many patients with confirmed COVID-19 have developed fever and/or symptoms of acute respiratory illness (e.g., cough, difficulty breathing). However, limited information is currently available to characterize the full spectrum of clinical illness associated with COVID-19. Based on what is known about the virus that causes COVID-19, signs and symptoms may appear any time from 2 to 14 days after exposure to the virus. Based on preliminary data, the median incubation period is approximately 5 days, but may range 2-14 days.

Public health officials have identified cases of COVID-19 infection throughout the world, including the United States, which may pose risks for public health. Please check the CDC webpage for the most up to date information.

What do I need to know about COVID-19 testing?

Current information on COVID-19 for healthcare providers is available at CDC's webpage, *Information for Healthcare Professionals* (see links provided in "Where can I go for updates and more information" section).

- The iAMP COVID-19 Detection Kit can be used to test nasal, nasopharyngeal, and oropharyngeal swabs.
- The iAMP COVID-19 Detection Kit should be ordered for the detection of COVID-19 in individuals suspected of COVID-19 by their healthcare provider.

This test is to be performed only using respiratory specimens collected from individuals suspected of COVID-19 by their healthcare provider.

- The iAMP COVID-19 Detection Kit is only authorized for use in laboratories in the United States certified under the Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA), 42 U.S.C. §263a, to perform high complexity tests.

Specimens should be collected with appropriate infection control precautions. Current guidance for COVID-19 infection control precautions are available at the CDC's website (see links provided in "Where can I go for updates and more information" section).

Use appropriate personal protective equipment when collecting and handling specimens from individuals suspected of having COVID-19 as outlined in the CDC *Interim Laboratory Biosafety Guidelines for Handling and Processing Specimens Associated with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. For additional information, refer to CDC *Interim Guidelines for Collecting, Handling, and Testing Clinical Specimens from Persons Under Investigation (PUIs) for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)* (see links provided in "Where can I go for updates and more information" section).

What does it mean if the specimen tests positive for the virus that causes COVID-19?

A positive test result for COVID-19 indicates that RNA from SARS-CoV-2 was detected, and the patient is infected with the virus and presumed to be contagious. Laboratory test results should always be considered in the context of clinical observations and epidemiological data in making a final diagnosis and patient management decisions. Patient management should follow current CDC guidelines.

The iAMP COVID-19 Detection Kit has been designed to minimize the likelihood of false positive test results. However, in the event of a false positive result, risks to patients could include the following: a recommendation

Report Adverse events, including problems with test performance or results, to MedWatch by submitting the online FDA Form 3500 (https://www.accessdata.fda.gov/scripts/medwatch/index.cfm?action=reporting_home) or by calling 1-800-FDA-1088

FACT SHEET FOR HEALTHCARE PROVIDERS

Coronavirus
Disease 2019
(COVID-19)

iAMP COVID-19 Detection Kit – Atila BioSystems, Inc.

April 10, 2020

for isolation of the patient, monitoring of household or other close contacts for symptoms, patient isolation that might limit contact with family or friends and may increase contact with other potentially COVID-19 patients, limits in the ability to work, the delayed diagnosis and treatment for the true infection causing the symptoms, unnecessary prescription of a treatment or therapy, or other unintended adverse effects.

All laboratories using this test must follow the standard testing and reporting guidelines according to their appropriate public health authorities.

What does it mean if the specimen tests negative for the virus that causes COVID-19?

A negative test result for this test means that SARS-CoV-2 RNA was not present in the specimen above the limit of detection. However, a negative result does not rule out COVID-19 and should not be used as the sole basis for treatment or patient management decisions. A negative result does not exclude the possibility of COVID-19.

When diagnostic testing is negative, the possibility of a false negative result should be considered in the context of a patient's recent exposures and the presence of clinical signs and symptoms consistent with COVID-19. The possibility of a false negative result should especially be considered if the patient's recent exposures or clinical presentation indicate that COVID-19 is likely, and diagnostic tests for other causes of illness (e.g., other respiratory illness) are negative. If COVID-19 is still suspected based on exposure history together with other clinical findings, re-testing should be considered by healthcare providers in consultation with public health authorities.

Risks to a patient of a false negative include: delayed or lack of supportive treatment, lack of monitoring of infected individuals and their household or other close contacts for symptoms resulting in increased risk of spread of COVID-19 within the community, or other unintended adverse events.

What is an EUA?

The United States (U.S.) FDA has made this test available under an emergency access mechanism called

an Emergency Use Authorization (EUA). The EUA is supported by the Secretary of Health and Human Service's (HHS's) declaration that circumstances exist to justify the emergency use of in vitro diagnostics (IVDs) for the detection and/or diagnosis of the virus that causes COVID-19.

An IVD made available under an EUA has not undergone the same type of review as an FDA-approved or cleared IVD. FDA may issue an EUA when certain criteria are met, which includes that there are no adequate, approved, available alternatives, and based on the totality of scientific evidence available, it is reasonable to believe that this IVD may be effective in the detection of the virus that causes COVID-19.

The EUA for this test is in effect for the duration of the COVID-19 declaration justifying emergency use of IVDs, unless terminated or revoked (after which the test may no longer be used).

Report Adverse events, including problems with test performance or results, to MedWatch by submitting the online FDA Form 3500 (https://www.accessdata.fda.gov/scripts/medwatch/index.cfm?action=reporting_home) or by calling 1-800-FDA-1088

FACT SHEET FOR HEALTHCARE PROVIDERS

iAMP COVID-19 Detection Kit – Atila BioSystems, Inc.

April 10, 2020

Coronavirus
Disease 2019
(COVID-19)

Where can I go for updates and more information?

CDC webpages:

General: <https://www.cdc.gov/COVID19>

Healthcare Professionals:

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/guidance-hcp.html>

Information for Laboratories: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/guidance-laboratories.html>

Laboratory Biosafety: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/lab-biosafety-guidelines.html>

Isolation Precautions in Healthcare Settings:

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/infection-control/control-recommendations.html>

Specimen Collection: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/guidelines-clinical-specimens.html>

Infection Control: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/infection-control/index.html>

FDA webpages:

General: www.fda.gov/novelcoronavirus

EUAs:(includes links to patient fact sheet and manufacturer's instructions) <https://www.fda.gov/medical-devices/emergency-situations-medical-devices/emergency-use-authorizations>

Atila BioSystems, Inc.:

740 Sierra Vista Ave

Suite E

Mountain View, CA, 94043

Technical Support:

+1 650-968-8848

<https://atilabiosystems.com/contact-us/>

Report Adverse events, including problems with test performance or results, to MedWatch by submitting the online FDA Form 3500 (https://www.accessdata.fda.gov/scripts/medwatch/index.cfm?action=reporting_home) or by calling 1-800-FDA-1088

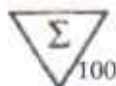


iAMP® COVID-19 Detection Kit

REF **iAMP-COVID19-100**
Instructions For Use

IVD For In Vitro Diagnostic Use

V 4.0
June, 2020



-00128

Table of Contents

IMPORTANT NOTICE	2
INTENDED USE	2
SUMMARY AND EXPLANATION OF THE TEST	2
Test Overview	2
Test Principle.....	2
KIT COMPONENTS.....	3
EQUIPMENTS & MATERIALS REQUIRED BUT NOT SUPPLIED with the kit	3
KIT STORAGE INFORMATION	3
SPECIMENS.....	3
Biosafety Precautions	3
Acceptable Specimens	4
Specimen Handling and Storage	4
Specimen Rejection criteria	4
QUALITY CONTROL.....	4
General Considerations.....	4
Assay Controls.....	4
TEST PROCEDURE.....	5
Specimen Processing.....	5
Reaction assembly and run:.....	5
AMPLIFICATION RESULT INTERPRETATION	6
iAMP COVID-19 Detection Kit Controls – Positive, Negative and Internal Controls.....	6
Examination and Interpretation of Patient Specimen Results:	7

IMPORTANT NOTICE

The instruction for use must be read carefully prior to use and followed accordingly. Reliability of results cannot be guaranteed if there are any deviations from these instructions.

INTENDED USE

iAMP COVID-19 Detection Kit is a multiplexed, real-time fluorescent RT-isothermal assay based on Atila's proprietary isothermal amplification technology intended for the qualitative detection of nucleic acid from the SARS-CoV-2 in nasal, nasopharyngeal, and oropharyngeal swabs from individuals with signs and symptoms of infection who are suspected of COVID-19.

Results are for the identification of SARS-CoV-2 RNA. The SARS-CoV-2 RNA is generally detectable in nasal, nasopharyngeal, and oropharyngeal swabs during the acute phase of infection. Positive results are indicative of active infection.

Negative results do not preclude SARS-CoV-2 infection and should not be used as the sole basis for decisions on infection status. Negative results must be combined with clinical observations, patient history, and epidemiological information.

The iAMP COVID-19 Detection Kit is intended for use by trained laboratory personnel specifically instructed and trained in the techniques of real-time nucleic acid amplification and laboratory research procedures.

SUMMARY AND EXPLANATION OF THE TEST

Test Overview

The iAMP COVID-19 Detection Kit is a real-time reverse transcription isothermal amplification test. The test is based on a proprietary isothermal amplification technology termed OMEGA amplification (Patent: WO 2017/205510 A1). OMEGA primer sets are designed to specifically detect RNA and later cDNA from N gene and ORF-1ab of the SARS-CoV-2 virus in nasal, nasopharyngeal, and oropharyngeal swabs from patients with signs and symptoms of infection who are suspected of COVID-19.

Test Principle

The iAMP COVID-19 Detection Kit is intended to detect SARS-CoV-2 **directly from raw samples without RNA extraction process. Swab specimens in 1X Sample Buffer Mix with a 15-min incubation at room temperature can be directly used for OMEGA isothermal amplification and signal detection.**

After sample processing, both reverse transcription and nucleic acid amplification take place at 61°C. Target sequence in the specimens is amplified with N/ORF-1ab primer sets that are specific to SARS-CoV-2. During the amplification, fluorescence resonance energy transfer (FRET) probes can be incorporated in the amplification products. Upon the incorporation, fluorescence is generated and can be monitored by fluorescence reader in a real time fashion.

KIT COMPONENTS

1. Primer Mix (COVIDPM)	540 μ L X 1 tube
2. Buffer Mix (COVIDBM)	540 μ L X 1 tube
3. Positive Control Template (COVIDPC)	300 μ L X 1 tube
4. Negative Control Template (COVIDNC)	300 μ L X 1 tube
5. Instructions for use	1 booklet
6. 6X iAMP COVID-19 Sample Buffer A (COVID-6XSBA)	1.25 mL X 1 tube
7. 30X iAMP COVID-19 Sample Buffer B (COVID-30XSBB)	0.24mL X 1 tube
8. 25X iAMP COVID-19 Elution Solution (COVID-25XES)	1.4mL X 3 tubes

EQUIPMENTS & MATERIALS REQUIRED BUT NOT SUPPLIED with the kit

1. iAMP COVID-19 Sample Collection Device (iAMP-COVID19-SCD, Including: synthetic fiber swabs with plastic shafts and collection tubes, assigned for NP only, or OP only, or both swab types)
100 units are provided for one iAMP COVID-19 Detection Kit
2. Water: nuclease-free H₂O
3. Surface decontaminants
4. Real-time PCR system with **FAM/HEX** fluorescence channels (Atila Powergene 9600 Plus Real-Time System, Biorad CFX96 Real-Time System or other compatible instruments).
5. Adjustable pipettes with corresponding filter-plugged pipette tips
6. Disposable powder-free gloves and other personal protective equipment
7. Vortex mixer or equivalent
8. PCR tubes/strips with caps
9. PCR tube/plate holder
10. 1.5 mL and 2 mL microcentrifuge tubes and racks

KIT STORAGE INFORMATION

All kit reagents (**COVIDBM, COVIDPM, COVIDNC, COVIDPC, COVID-6XSBA, and COVID-30XSBB**) should be stored at -20°C freezer for long term storage. Shelf life and open kit stability is not available yet. Presumably the shelf-life of the kit is 1 year and the open kit stability is 6 months when kit is properly stored.

COVID-40XES or 1X Elution Solution can be stored from -20°C-25°C.

SPECIMENS

Biosafety Precautions

Wear appropriate personal protective equipment (e.g. gowns, gloves, eye protection) when working with clinical specimens. Specimen processing should be performed in a certified class II biological safety cabinet following biosafety level 2 or higher guidelines. For more information, refer to Interim Guidelines for Collecting, Handling, and Testing Clinical Specimens from Patients Under Investigation for COVID-19.

Acceptable Specimens

Direct nasopharyngeal or oropharyngeal dry swabs collected with Atila Sample Collection tube. Alternatively, synthetic fiber swabs with plastic shafts and collection tubes from other vendors can be used.

Specimen Handling and Storage

- Use freshly collected specimens for optimal test performance.
- Dry swab specimens can be stored at room temperature for up to 6 hours or at 4°C for up to 48 hours after collection and before sample processing.
- If a delay in sample processing is expected, store dry swab specimens at -70°C or lower. Avoid freeze-thaw cycles of the specimens.
- Store eluted specimens (in saline solution) at -70°C or lower. Avoid additional freeze-thaw cycles of the eluted specimen after the initial thaw from -70°C or lower.

Specimen Rejection criteria

- Specimens not kept as instructed.
- Incomplete specimen labeling or documentation.
- Inappropriate specimen type.

QUALITY CONTROL

Due to the superior sensitivity of iAMP COVID-19 reaction, these assays should be conducted using strict quality control and quality assurance procedures. Following these guidelines will help minimize chance of false-positive or false-negative amplification.

General Considerations

- Personnel must be familiar with the protocol and equipment/instruments used.
- Maintain separate areas and dedicated equipment (e.g., pipettes, microcentrifuges) and supplies (e.g., microcentrifuge tubes, pipette tips, gowns and gloves) for assay reagent setup and handling of processed samples.
- Workflow must always be from the clean area to the dirty area.
- Wear clean disposable gowns and new, previously unworn, powder-free gloves during assay reagent setup and handling of processed samples. Change gloves whenever contamination is suspected.
- Store primer/probes and enzyme master mix at appropriate temperatures (see package inserts). Do not use reagents beyond their expiry dates.
- Keep reagent tubes and reactions capped as much as possible.
- Clean and decontaminate surfaces before and after use.
- Do not bring processed samples or reaction products into the assay setup area.
- Use aerosol barrier (filter) pipette tips only.
- Do not open the reaction tubes after iAMP COVID-19 isothermal reaction.

Assay Controls

Assay controls should be tested concurrently with all test samples in each instrumental run.

- PC - positive template control with an expected Ct value range, serves as a control for amplification and detection of SARS-CoV-2 RNA.
- NC - negative template control, serves to verify that analyte contamination does not occur during reaction setup.

TEST PROCEDURE

Specimen Processing

1. Dilute 25X iAMP COVID-19 Elution Solution (COVID-25XES) with nuclease-free H₂O into 1X Elution Solution (1XES).

Number of dry swabs to process	1	10	25	50	94
COVID-25XES	40	400	1,000	2,000	3,760
Nuclease-free H ₂ O	960	9,600	24,000	48,000	90,240
1 X ES	1,000	10,000	25,000	50,000	94,000

2. When ready for sample detection, put 0.7mL 1XES to each sample tube if there is single swab in each sample tube, or 1mL 1XES to each sample tube if there are double swabs in each sample tube.

Vortex briefly (2-3s), incubate for 5min to hydrate the swabs.

3. Take out 6X iAMP COVID-19 Sample Buffer A (COVID-6XSBA) and 30X iAMP COVID-19 Sample Buffer B (COVID-30XSBB). Vortex briefly and quickly spin the solutions down. Prepare 1X Sample Buffer Mix (1X SBM) by mixing in a 1.5mL eppendorf tube:

COVID-6XSBA	(2.5 X N) μ L
COVID-30XSBB	(1 X N) μ L
nuclease-free H ₂ O	(11.5 x N) μ L

N represents the number of sample tubes.

3. Take **N** PCR tubes, mix 12 μ L prepared 1X SBM with 3 μ L of each liquid specimen in 1XES into PCR tubes, pipette up and down to mix.

Note: When taking 3 μ L from the solution specimen in 1XES, insert pipette tip to the middle portion. Do not insert pipette tip to the bottom or touch the swabs.

4. Place the PCR tube on the bench for **15 min**. Proceed immediately to "reaction assembly and run".

Reaction assembly and run:

1. From the kit, take Buffer Mix (COVIDBM), Primer Mix (COVIDPM), Negative Control (COVIDNC) and Positive Control (COVIDPC) out. After thaw, vortex briefly and quickly spin the solutions down.
2. Make **reaction master mix** by mixing the following components in a 1.5 mL centrifuge tube.

<u>COVIDPM</u>	<u>5.2 x (N+2) μL</u>
<u>COVIDBM</u>	<u>5.2 x (N+2) μL</u>

Gently vortex and spin, and add **10 μ L** reaction master mix to the PCR tube from above step 3 (#1 to #N).

Note: Change pipette tip for every loading of reaction mastermix, otherwise contamination will happen.

3. Take 2 more PCR tubes (#N+1 and #N+2). Load **10µL** Reaction Master Mix to both tubes. For negative control, add 15 µL of Negative Control Template into reaction tube #(N+1). For positive control, add 15 µL of Positive Control Template into reaction tube #(N+2).

4. Cap all the tubes securely. Gently vortex the tubes to mix all the reagents.

5. Briefly spin the tubes in a centrifuge to bring down all the liquid to the bottom of the wells.

6. Set the reaction condition using a compatible real-time PCR machine (All real-time PCR instruments capable of measuring fluorescence in FAM/HEX channel in real-time. Such instruments include but not limited to: Atila Powergene 9600 Plus Real-Time System, Biorad CFX96 Real-Time PCR Detection System, Roche LightCycler 480 Real-Time PCR System, Applied Biosystems 7500 Real-Time PCR System, etc.)

Open a new PCR program and do the following edits:

Step	Cycle	Temperature	Time
Denaturation	1	61 °C	30 sec
cDNA synthesis, isothermal amplification, and signal detection	50	61 °C	1 min

Fluorescence reading was taken at the **FAM/HEX** channels at the end of each cycle.

7. Put the reaction tubes into the sample holder and bring into the real-time PCR machine, close the lid, and start the reaction run.

After the run, take out the sample plate and discard them immediately. To avoid contamination **DO NOT OPEN THE REACTION TUBE AFTER THE REACTION.**

AMPLIFICATION RESULT INTERPRETATION

iAMP COVID-19 Detection Kit Controls – Positive, Negative and Internal Controls

- Quality control of a test- every instrument run should include:
 - a) **Negative Control Template**- serves to verify that analyte contamination does not occur during reaction setup. There should be NO exponential amplification curve shown in any channel in negative control template, otherwise the test is invalid.
 - b) **Positive Control Template**- serves as a control for amplification and detection of SARS-CoV-2 RNA (ORF1ab and/or N). It should show exponential curves in both channels, and Ct in each channel should be less than 30, otherwise the test is invalid.

Quality control of an instrument run should be examined prior to interpretation of patient results. If the controls are not valid, the patient results cannot be interpreted.

- **Internal Control in each specimen-** also serves as a nucleic acid extraction procedural control that validates both the sufficiency of sample collection as well as nucleic extraction procedure and reagent integrity. Internal control is measured in HEX channel in this assay kit. If a sample shows no exponential amplification curve in HEX channel but an exponential curve in FAM channel, the sample is still reported as a valid run and will be interpreted following instructions as below. If there is no exponential amplification curve in any channel in a sample, the sample test result is invalid, and a new sample of the patient needs to be collected, processed and re-tested.

Examination and Interpretation of Patient Specimen Results:

- **Sample test result interpretation-** an exponential amplification curve showing up at any of the two channels (**FAM/HEX**) indicates the presence of corresponding assayed analyte as indicated below:

	Analyte
FAM Channel	ORF1ab and/or N
HEX Channel	Sample internal control

A summary of sample test result interpretation is shown as below.

	FAM	HEX	Result	Action
Case A	-	-	Invalid	Repeat test. If result remains invalid, re-sampling is needed
Case B	-	+	SARS-CoV-2 not detected	Report results to healthcare provider. Consider test for other viruses that cause similar symptoms
Case C	+	+/-	SARS-CoV-2 positive	Report results to healthcare provider and appropriate public health authorities



ATILA BioSystems

740 Sierra Vista Ave, Suite E
Mountain View, CA 94043, USA

Tel: +1 (650)-968-8848

Email: info@atilabiosystems.com

FACT SHEET FOR PATIENTS

Coronavirus
Disease 2019
(COVID-19)

iAMP COVID-19 Detection Kit – Atila BioSystems, Inc.

April 10, 2020

You are being given this Fact Sheet because your sample(s) was tested for the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) using the iAMP COVID-19 Detection Kit.

This Fact Sheet contains information to help you understand the risks and benefits of using this test for the diagnosis of COVID-19. After reading this Fact Sheet, if you have questions or would like to discuss the information provided, please talk to your healthcare provider.

For the most up to date information on COVID-19 please visit the CDC Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) webpage:

<https://www.cdc.gov/COVID19>

What is COVID-19?

COVID-19 is caused by the SARS-CoV-2 virus. The virus, which can cause mild to severe respiratory illness, was first identified in Wuhan, China, and has now spread globally, including the United States. There is limited information available to characterize the spectrum of clinical illness associated with COVID-19 but it likely spreads to others when a person shows signs or symptoms of being sick (e.g., fever, coughing, difficulty breathing, etc.).

What is the iAMP COVID-19 Detection Kit?

The test is designed to detect the virus that causes COVID-19 in respiratory specimens, for example nasal or oral swabs.

Why was my sample tested?

You were tested because your healthcare provider believes you may have been exposed to the virus that causes COVID-19 based on your signs and symptoms (e.g., fever, cough, difficulty breathing), and/or because:

- You live in or have recently traveled to a place where transmission of COVID-19 is known to occur, and/or
- You have been in close contact with an individual suspected of or confirmed to have COVID-19.

Testing of the samples will help find out if you may have COVID-19.

What are the known and potential risks and benefits of the test?

Potential risks include:

- Possible discomfort or other complications that can happen during sample collection.
- Possible incorrect test result (see below for more information).

Potential benefits include:

- The results, along with other information, can help your healthcare provider make informed recommendations about your care.
- The results of this test may help limit the spread of COVID-19 to your family and others in your community.

What does it mean if I have a positive test result?

If you have a positive test result, it is very likely that you have COVID-19. Therefore, it is also likely that you may be placed in isolation to avoid spreading the virus to others. There is a very small chance that this test can

- **Where can I go for updates and more information?** The most up-to-date information on COVID-19 is available at the CDC General webpage: <https://www.cdc.gov/COVID19>. In addition, please also contact your healthcare provider with any questions/concerns.

FACT SHEET FOR PATIENTS

iAMP COVID-19 Detection Kit – Atila BioSystems, Inc.

April 10, 2020

Coronavirus
Disease 2019
(COVID-19)

give a positive result that is wrong (a false positive result). Your healthcare provider will work with you to determine how best to care for you based on the test results along with medical history, and your symptoms.

What does it mean if I have a negative test result?

A negative test result means that the virus that causes COVID-19 was not found in your sample. For COVID-19, a negative test result for a sample collected while a person has symptoms usually means that COVID-19 did not cause your recent illness.

However, it is possible for this test to give a negative result that is incorrect (false negative) in some people with COVID-19. This means that you could possibly still have COVID-19 even though the test is negative. If this is the case, your healthcare provider will consider the test result together with all other aspects of your medical history (such as symptoms, possible exposures, and geographical location of places you have recently traveled) in deciding how to care for you.

It is important that you work with your healthcare provider to help you understand the next steps you should take.

Is this test FDA-approved or cleared?

No. This test is not yet approved or cleared by the United States FDA. When there are no FDA-approved or cleared tests available, and other criteria are met, FDA can make tests available under an emergency access mechanism called an Emergency Use Authorization (EUA). The EUA for this test is supported by the Secretary of Health and Human Service's (HHS's) declaration that circumstances exist to justify the emergency use of in vitro diagnostics for the detection and/or diagnosis of the virus that causes COVID-19. This EUA will remain in effect (meaning this test can be used) for the duration of the COVID-19 declaration

justifying emergency of IVDs, unless it is terminated or revoked by FDA (after which the test may no longer be used).

- **Where can I go for updates and more information?** The most up-to-date information on COVID-19 is available at the CDC General webpage: <https://www.cdc.gov/COVID19>. In addition, please also contact your healthcare provider with any questions/concerns.



iAMP COVID-19

Rapid, Accurate, Simple

Introducing

iAMP COVID-19

- 01.** The iAMP COVID-19 Detection Kit is a real-time reverse transcription isothermal amplification test.
- 02.** The test is based on a proprietary isothermal amplification technology termed OMEGA amplification.
- 03.** OMEGA primer sets are designed to specifically detect RNA and later cDNA from the N and ORF-1ab genes of the SARS-CoV-2 virus.



No need for prior RNA extraction

The proprietary buffer and kit eliminate the need for the complex RNA purification step, while maintaining the accuracy of the test.

Easy collection

Sample with dry swab to run immediately, or store in UTM for later.

Detect multiple targets

Run the whole test at 61 celcius. Detect ORF1ab, N, and a human gene (for SPC)

High analytical sensitivity

~2000 copies of viral RNA per swab

Flexible process

Run any number of samples from 1 to 94 per round

**FDA EUA
APPROVED**

On April 10th, 2020, iAMP COVID-19 received FDA EUA regulatory approval. See more details here: shorturl.at/aimUZ



Technical specifications

Sample Types: Nasal Swabs, nasopharyngeal swabs and/or oropharyngeal swabs

Reaction Volume: 25 μ l

Reaction Time Per Sample: ~60min including sample processing

Sensitivity: 60 copies per reaction

Instruments: Compatible with RT-qPCR instruments with FAM and HEX fluorescent channels.

WHAT IS IN THE KIT?



SAMPLE COLLECTION DEVICE

Collection buffer A, swab and tube.

The buffer is added to the sample tube, the sample is benched for 15 minutes, and then ready to be processed.



REACTION SOLUTIONS

Positive control, Negative control, Primer mix, and Buffer mix

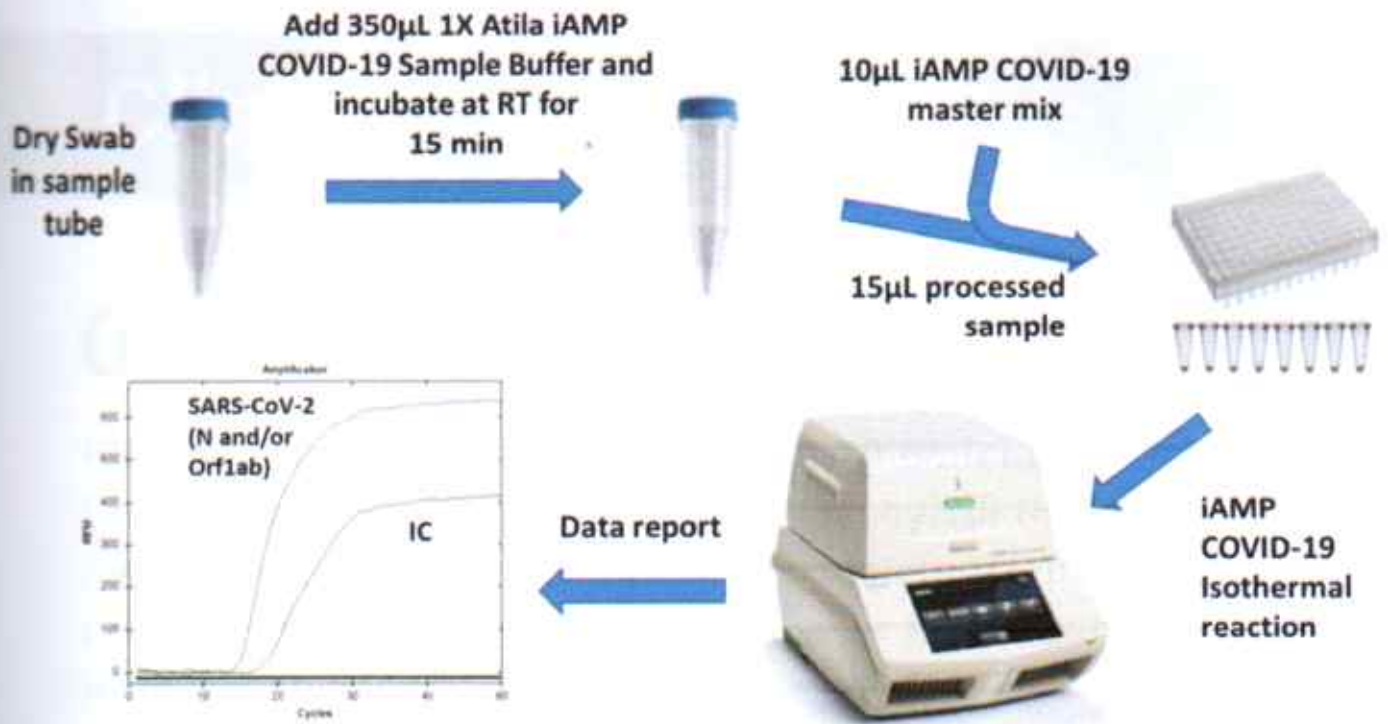
Create multiplex mixture and run in any RT-PCR with FAM and HEX Channels.



ADDITIONAL MATERIALS NEEDED

To run the test kit you will also need:

- Nuclease-free H₂O
- PCR plate or tube strips for flexible running
- RT-PCR System
- Computer with PCR manager software



Simple test process

Process for dry swab sample

- i. Swab patient
- ii. Prepare buffer (mix two ingredients)
- iii. Add sample to buffer
- iv. Wait 15 minutes
- v. Prepare multiplex mix
- vi. Add sample material to mix
- vii. Run test in RT-PCR
- viii. Results ready in 30-60 minutes

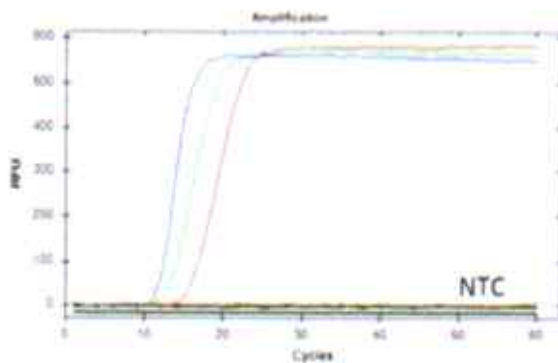
If UTM sample is used, simply centrifuge sample for 15-30 minutes prior to step iii

Clinical Validations - I

01. Chinese Validation

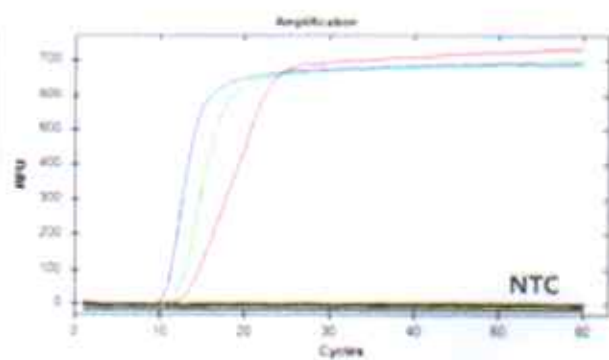
RNA extracted from confirmed Covid-19 patients in China was tested in iAMP detection assay. All the negative and positive results were consistent with the previous diagnosis. No false negative or false positive were observed in this assessment.

RNA isolated from oropharyngeal swab specimens		cFDA-approved COVID assays (Da'an test) and clinical confirmed	
		Negative	Positive
Atila iAMP [®] COVID Detection Kit	Negative	890	0
	Positive	0	125



ORF1ab DNA template:

0 copy per assay
 10 copies per assay
 100 copies per assay
 1000 copies per assay



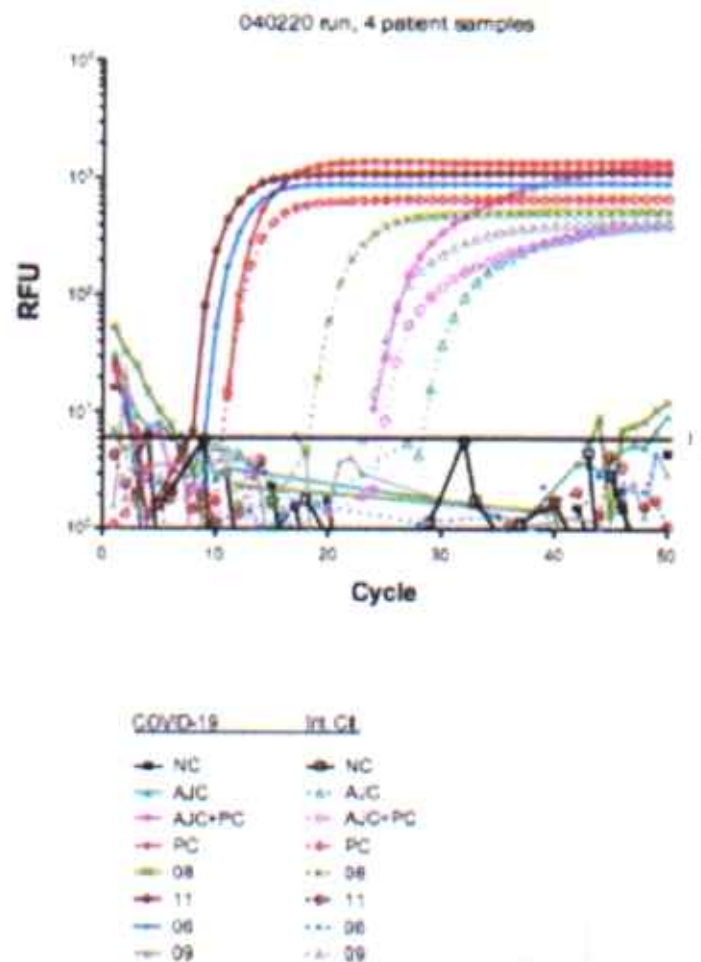
N DNA template:

0 copy per assay
 10 copies per assay
 100 copies per assay
 1000 copies per assay

Clinical Validations - II

02. United States Validation

Dartmouth University validated the iAMP assay by comparing their concordance on RNA samples provided with the CDC PCR Kit currently in use by the hospital. They found 100% concordance in the results of both kits, following a blinded regimen. Testing was initially performed on the BioRad CFX96 real-time unit with the BioRad C1000 cycle.



**FDA EUA
APPROVED**

On April 10th, 2020, iAMP COVID-19 received FDA EUA regulatory approval. See more details here: shorturl.at/aimUZ

Performance Evaluation

Limit of Detection (LoD) - Analytical Sensitivity

LoD of iAMP COVID-19 kit in swab matrix as:

4 copies/ μ L sample for Bio-Rad CFX96 Real-Time PCR System.

Tentative <u>LoD</u>	RNA conc. In swab matrix	Result
First round	0.4 copies/ μ L sample	3/5
	4 copies/ μ L sample	5/5
	40 copies/ μ L sample	5/5
Second round	2 copies/ μ L sample	4/5
	4 copies/ μ L sample	5/5
	6 copies/ μ L sample	5/5
Third round	4 copies/ μ L sample	20/20

The organisms listed in the table below were wet tested using purified genome DNA/RNA spiked into negative oropharyngeal swab specimen at the concentration of 10⁵ copies/ μ L sample. No false positive signal was observed in FAM channel (which SARS-CoV-2 is assigned), whereas amplification curves from internal control in HEX channel showed up as expected. Therefore, 100% specificity was claimed against below pathogens.

Organisms in swab matrix	Result
Adenovirus (ARCC VR-1516)	0/3
Influenza A (H1N1)	0/3
Hemophilus influenza	0/3
Legionella pneumophila	0/3
Mycobacterium tuberculosis	0/3
Streptococcus pneumoniae	0/3
Streptococcus pyogenes	0/3
Mycoplasma pneumoniae	0/3
Pneumocystis <u>jirovecii</u> (PJP)	0/3
Candida albicans	0/3

Performance Evaluation

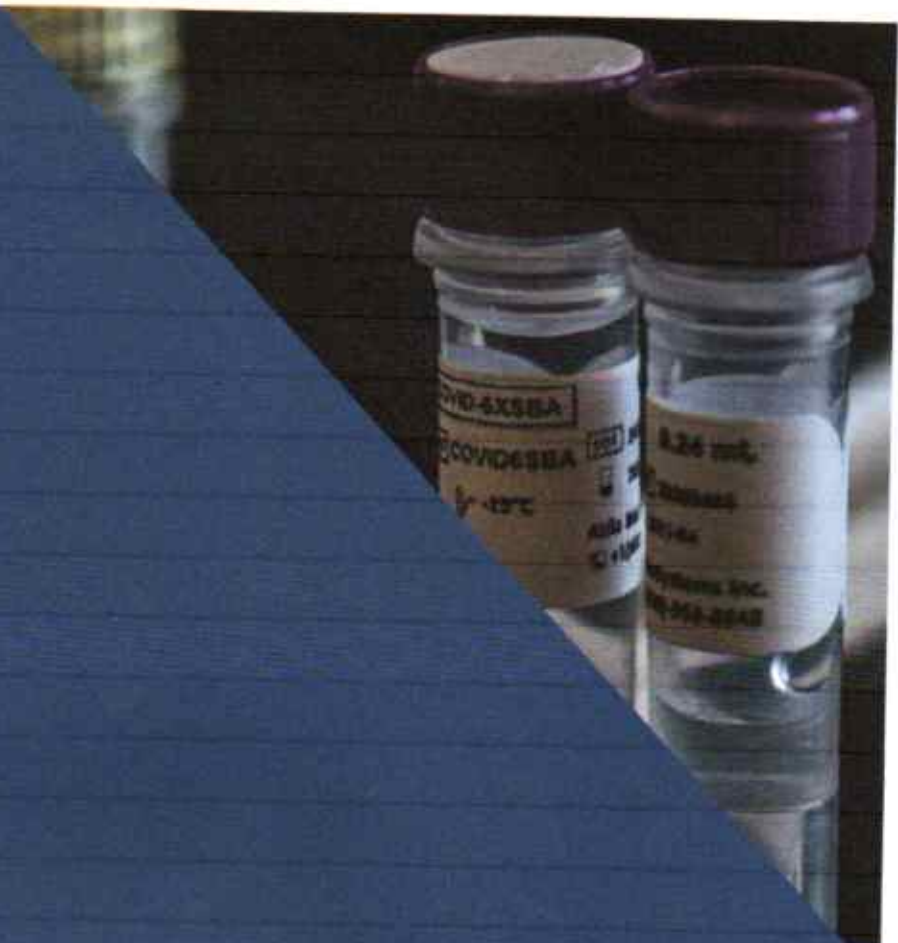
Cross Reactivity (Analytical Sensitivity)

Endogenous Interference Substances Studies

Interference substances studies were performed using synthetic SARS-CoV-2 RNA Control (purchased from Twist Biosciences) spiked into a negative oropharyngeal swab specimen at the concentration of 2.5X LoD (10 copies/ μ L sample).

iAMP COVID-19 test can well tolerate these substances at the concentration equal or lower than the indicated values. Neither false positive or false negative was observed.

Potential Interfering Substance	Conc.	Positive samples		Negative samples
Mucin: bovine <u>submaxillary</u> gland, type I-S	2.5 mg/ml	2.5X <u>LoD</u>	3/3	0/3
Blood (human)	2.5% v/v	2.5X <u>LoD</u>	3/3	0/3
Afrin original nasal spray	15% v/v	2.5X <u>LoD</u>	3/3	0/3
Basic Care allergy relief nasal spray (glucocorticoid)	5% v/v	2.5X <u>LoD</u>	3/3	0/3
MeliMed Nasal Gel	1.25%	2.5X <u>LoD</u>	3/3	0/3
GoodSense All Day Allergy, Cetirizine HCl Tablets 10mg	1mg/mL	2.5X <u>LoD</u>	3/3	0/3
Cepacol Sore Throat (benzocaine/menthol lozenges)	5 mg/mL	2.5X <u>LoD</u>	3/3	0/3
Zanamivir	3.3 mg/mL	2.5X <u>LoD</u>	3/3	0/3
Tamiflu	2.2.ug/mL	2.5X <u>LoD</u>	3/3	0/3
Mupirocin ointment	5mg/mL	2.5X <u>LoD</u>	3/3	0/3
Tobramycin	4ug/mL	2.5X <u>LoD</u>	3/3	0/3



For orders and additional
information contact

screening@covelocity.health

<https://Covelocity.health>





Guía de recomendaciones para el paciente en aislamiento en la casa

   www.igssgt.org #QuédateEnCasa



Introducción

El cuidado de los enfermos de COVID-19 es importante para el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, por ello, a través de la Subgerencia de Prestaciones en Salud, hemos realizado una guía para que los familiares o personas a cargo de los pacientes con coronavirus - COVID-19 - tengan las herramientas necesarias para cuidar y proteger la salud, tanto del paciente como de la familia en su entorno.

Por ello, se hace una serie de recomendaciones y consejos que se deben seguir en el hogar, en donde se considera necesario el aislamiento para una persona que no es calificado como de alto riesgo, es decir que forma parte del 85 % de los pacientes con COVID-19 que no requiere hospitalización.

Es importante que la familia o personas que están al cuidado del paciente atiendan esta guía pues, los cuidados descritos, son de suma importancia para que el paciente pueda recuperarse sin complicaciones y así mismo, para evitar la propagación y contagio de las personas que habitan con él.

Se ha tomado en cuenta las condiciones y situaciones a las que se podría enfrentar una familia con un paciente de COVID-19, por lo que esta, ayudará a llevar esta etapa de la mejor manera posible.

Guía de recomendaciones para el paciente en aislamiento

El paciente deberá permanecer preferiblemente en una habitación de uso individual o en caso de que esto no sea posible, en un lugar en el que se pueda garantizar una distancia mínima de 2 metros con el resto de los convivientes en casa.



La puerta de la habitación deberá permanecer cerrada hasta la finalización del aislamiento. En caso de que sea necesario que el paciente haga uso de las áreas comunes de la vivienda, deberá utilizar mascarilla quirúrgica y realizar lavado de manos con agua y jabón al salir de la habitación y antes de entrar en ella.

La habitación deberá tener una ventilación adecuada para evitar el uso de aire acondicionado. Las áreas comunes también deberán mantenerse bien ventiladas.



Si es posible, se dispondrá de un baño para uso exclusivo del paciente, o en su defecto, deberá ser limpiado con: agua con cloro después de cada uso.

Se recomienda utilizar un teléfono para comunicarse con los familiares, sin necesidad de salir de la habitación.

En el interior de la habitación deberá colocarse un bote de basura, idealmente con tapa de apertura de pedal, y en su interior una bolsa de plástico con cierre para depositar los residuos.

Guía de recomendaciones para el paciente en aislamiento



Los utensilios de aseo personal son de uso individual, así como los productos para la higiene de manos como jabón o gel con alcohol.



El paciente deberá lavarse las manos con frecuencia con agua y jabón. También podrá utilizar alcohol en gel no menos del 60%.



La persona enferma deberá seguir en todo momento las medidas de higiene respiratoria: cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar con el codo flexionado o pañuelos desechables que se depositarán en el bote de basura dispuesto dentro de la habitación.



Se recomienda disponer de un registro de entrada y salida diario de personas que accedan a la habitación.



La ropa personal, ropa de cama, toallas, etc. deberán ser de uso exclusivo del paciente y cambiarse frecuentemente. El paciente debe tener cubiertos, platos y vasos de uso personal.



La persona enferma y la familia NO deberán recibir visitas durante el periodo de aislamiento.



Infórmate sobre el COVID-19 (CORONA VIRUS)
Escríbase el código QR o visite: www.igsstg.org/covid-19-sala-virtual/
Si siempre desea llamar al: 2415-1800

#IGSSContraCOVID19
#JuntosSaliremosAdelante

Guía de recomendaciones específicas para la persona responsable de los cuidados

Se evaluará de forma individual que las personas responsables de los cuidados de los pacientes con COVID-19 no tengan factores de riesgo como: enfermedades crónicas cardíacas, pulmonares, renales, inmunodepresión, diabetes mellitus, hipertensión arterial, embarazo.

Si el cuidado requiere una aproximación a una distancia inferior a un metro, el paciente llevará una mascarilla quirúrgica y el cuidador contará con una mascarilla N95.



Si es necesaria la prestación de cuidados para otras condiciones, por ejemplo, alguna discapacidad, se debe asignar a una sola persona que proporcione la atención.



Deberá lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón o aplicación de alcohol en gel después de cualquier contacto con el enfermo o su entorno inmediato.

Como medidas adicionales se emplearán guantes desechables si se va a entrar en contacto con secreciones del enfermo, tras su uso, se desecharán y se lavarán las manos inmediatamente después.



- Esta persona será informada de que será considerada como **contacto estrecho**. Se hará un seguimiento telefónico de los contactos, adicionalmente, indicándoles que se realizará cuarentena domiciliar durante 14 días.
- El equipo podrá valorar situaciones individuales que requieran otro tipo de recomendación.
- Si durante los 14 días posteriores a la exposición el contacto desarrollara síntomas deberá contactar de forma inmediata con el equipo de atención.

#IGSSContraCOVID19

#JuntosSaldríamosAdelante



Infórmate sobre el COVID-19 (CORONAVIRUS)

Escanea el código QR o visita: www.igssg.org/covid-19-sala-virtual/

Si tienes dudas llama al: 2415-1000

Guía de recomendaciones preventivas para las personas que conviven la casa

Es importante en el caso del conviviente que vaya a realizar la atención al paciente estar pendiente a las recomendaciones para transmitirlas de manera clara, concreta y sencilla para reducir la alarma y la ansiedad de las personas enfermas.



Los miembros de la familia y convivientes deben permanecer en una habitación diferente, teniendo el mínimo contacto con el caso. No se deben compartir objetos de uso personal tal como cepillos de dientes, vasos, platos, cubiertos, toallas, ropa, etc.



Todos los convivientes deben lavarse las manos con agua y jabón o alcohol en gel después de cualquier contacto con el enfermo o su entorno inmediato.

La familia y personas encargadas de los cuidados realizarán auto vigilancia de la aparición de síntomas de infección respiratoria aguda como:



Fiebre



Tos



Dolor de garganta



Dificultad para respirar



Diarrea



Vómitos



El equipo dejará una lista de chequeo con el fin de orientar a la familia y auto verificar el cumplimiento de las medidas.

y consultarán con los servicios de salud, si éstos aparecieran, con el fin de detectar rápidamente la aparición de un posible caso.



Infórmate sobre el COVID-19 (CORONAVIRUS)
Escanea el código QR o visita: www.igssg.org/covid-19-sala-virtual/
Si tienes dudas llama al: 2415-1800

#IGSSContraCOVID19

#JuntosSaliremosAdelante

Guía de recomendaciones para el manejo de residuos y limpieza

1. El material desechable utilizado por la persona enferma (guantes, pañuelos, mascarillas), debe eliminarse en una bolsa de plástico (BOLSA 1) en un bote de basura dentro de la habitación, preferiblemente con tapa y pedal de apertura, sin realizar ninguna separación para el reciclaje y rociarla con agua con cloro (una cucharada sopera de cloro por cada litro de agua)



BOLSA 1 debe cerrarse adecuadamente e introducirla en una segunda bolsa de basura (BOLSA 2), al lado de la salida de la habitación, donde además se depositarán los guantes y mascarilla utilizados por el cuidador quien debe amarrar la bolsa antes de salir de la habitación.



La BOLSA 2, con los residuos anteriores, se depositará en la bolsa de basura común con el resto de los residuos domésticos y debe amarrarse lo más apretado posible.

2.



La bolsa de basura común se depositará exclusivamente en el basurero que recoge el sistema de recolección de basura. No se debe colocar en contenedores de reciclaje.

3.



Después de sacar la basura, se realizará una completa higiene de manos con agua y jabón, al menos por 40-60 segundos.



4.

La ropa del paciente deberá colocarse en una bolsa plástica y amarrarla hasta el momento de lavarla. No sacudir la ropa antes de lavarla.



5.

Lavar la ropa de cama, toallas, etc. de las personas enfermas con jabones o detergentes habituales. Se puede utilizar la lavadora o lavarla en una pila.



6.

Se debe dejar que la ropa se seque completamente. Puede utilizarse secadora sin problema, pero separando la ropa del paciente de la del resto de la familia.



7.

Los cubiertos, vasos, platos y demás utensilios del paciente reutilizables se lavarán con agua caliente y jabón. Preferiblemente en el lavavajillas o la pila.



8.

Las superficies que se tocan con frecuencia (mesitas de noche, muebles del dormitorio), las superficies del baño y el inodoro deberán ser limpiadas y desinfectadas diariamente con: agua con cloro (una cucharada soperas por cada litro de agua) preparado el mismo día que se va a utilizar.



9.

La persona encargada de la limpieza deberá protegerse con guantes y mascarilla.



10.

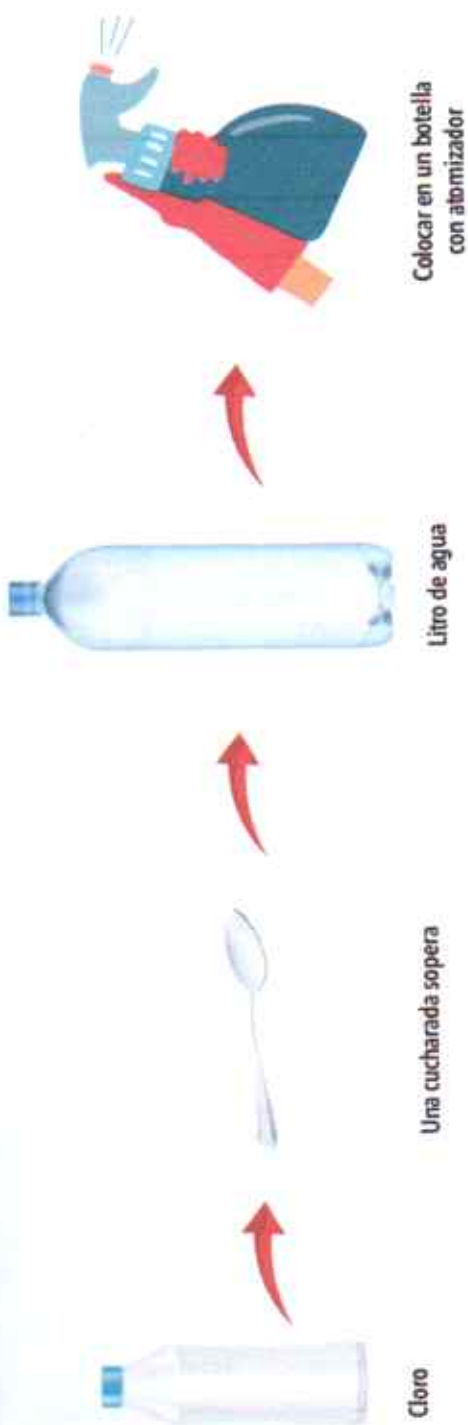
Tras realizar la limpieza deberá lavarse las manos con agua y jabón al menos por 40-60 segundos.



Infórmate sobre el COVID-19 (CORONA VIRUS)
Escanea el código QR o visita: www.igssgub.org/covid-19-sala-virtual/
Si tienes dudas lláma al 2415-1900

#IGSSContraCOVID19
#JuntosSalidremosAdelante

Preparación de agua con cloro



 **PREVENIR LA PROPAGACIÓN DEL COVID-19 ESTÁ EN TUS MANOS**

#Quédate en Casa

EL IGSS CONTRA EL COVID-19



Protocolo para tratamiento ambulatorio de casos leves de COVID-19 para pacientes del Hospital Herrera Llerandi

Objetivos

- Detectar oportunamente los casos confirmados de COVID-19 que consulten a laboratorio del o al Hospital Herrera Llerandi con síntomas leves
- Establecer el mecanismo para seguimiento y manejo ambulatorio por parte del Hospital Herrera Llerandi de los casos confirmados que sean asintomáticos o con síntomas leves por COVID-19.
- Ofrecer el “Programa Ambulatorio de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio” para pacientes con Infección Leve por COVID-19, consistente en evaluación de Laboratorio básica, esencial para la evaluación inicial, seguimiento por un Médico de Contacto, miembro y afín HHLL para atención y seguimiento en casa, un Kit con la medicación básica recomendada en el protocolo HHLL, y acompañamiento hasta el 10 día a partir del diagnóstico inicial.

INTRODUCCIÓN:

El Hospital Herrera Llerandi, comprometido con nuestros pacientes durante la pandemia COVID-19, reconoce la importancia del diagnóstico certero en personas contagiadas y sus contactos, así

como la necesidad de seguimiento y tratamiento en casa de la mayoría de pacientes positivos con síntomas leves o asintomáticos que deben ser manejados ambulatoriamente. Además, reconoce la importancia del seguimiento estricto de estos pacientes para determinar cuando y donde requieren hospitalización. Por lo tanto, presenta su “Protocolo Ambulatorio de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio” para pacientes con *enfermedad leve* por COVID-19, con los siguientes objetivos:

1. Establecer los mecanismos para clasificar a todo paciente con prueba de COVID-19 positiva como enfermedad leve.
2. Establecer un esquema de tratamiento ambulatorio (actualizado constantemente) de los pacientes clasificados como leves.
3. Desarrollar una red de médicos miembros del Herrera Llerandi que estén en disposición de ser parte de la red COVID-HHLL de tratamiento ambulatorio.
4. Establecer el mecanismo para seguimiento y manejo ambulatorio por parte del Hospital Herrera Llerandi de los casos confirmados que sean asintomáticos o con síntomas leves por COVID-19.
5. Determinar los criterios cuando un caso confirmado de COVID-19 evolucione de enfermedad leve a moderada y requiera hospitalización.
6. Establecer los criterios para que un caso confirmado de COVID-19 sea considerado recuperado y se le pueda levantar la cuarentena.

El propósito de esta guía es estandarizar el manejo ambulatorio de los pacientes del Hospital Herrera Llerandi que sean casos confirmados de COVID-19 y que sean asintomáticos o presenten

sintomas leves. Estos casos no requieren hospitalización pero si seguimiento ambulatorio para vigilar la evolución y recuperación que les permita volver a su actividad diaria.

Este protocolo ha sido desarrollado en base a evidencia científica y se revisará semanalmente por el Comité de Emergencia de COVID del HHLL.

Elegibilidad

Laboratorio y pacientes ambulatorios del Hospital Herrera Llerandi que sean encontrados POSITIVOS para infección SARS COVID-19 en una prueba confirmatoria del Laboratorio del Hospital Herrera Llerandi.

Clasificación de pacientes COVID-19 positivo

Todo paciente que sea referido al laboratorio podrá ser clasificado por su médico tratante como caso leve basado en las siguientes preguntas:

En las últimas 24 horas:

1. Ha estado en contacto con un paciente diagnosticado con COVID?
2. Ha tenido fiebre?
3. Ha tenido dolor de cuerpo generalizado?
4. Ha tenido cansancio?
5. Ha tenido pérdida del olfato/gusto?
6. Ha tenido dificultad para respirar?
7. Ha tenido diarrea?
8. Ha tenido congestión nasal?
9. Ha tenido dolor de cabeza?

- **Caso Leve (estrictamente aplica solo adultos, excluye población pediátrica, adulto mayor, embarazada y todo paciente que tenga algún criterio de la Tabla 1):**
 - Pacientes con infección vírica de las vías respiratorias altas sin complicaciones.
 - Pueden presentar síntomas inespecíficos:
 - Fiebre (>38), cansancio, tos (con o sin expectoración), pérdida del apetito, malestar general, dolor de cuerpo y/o garganta, dificultad respiratoria a esfuerzos mayores, congestión nasal o cefaleas, conjuntivitis.
 - En casos poco frecuentes también puede haber:
 - diarrea, náuseas y vómitos.

Tabla 1. Factores de riesgo de enfermedad de mayor severidad*

- Edad: >65 años
- Personas que viven en un hogar de ancianos o hacinados
- Pacientes con co-morbilidades (en especial no-controlados):
 - Asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
 - Diabetes (HbA1c $> 7\%$)
 - Enfermedad cardíaca grave
 - Pacientes con compromiso del sistema inmunitario
 - Cáncer
 - HIV
 - Transplantados
 - Uso crónico de esteroides
- Enfermedad renal crónica
- Fumadores

- Enfermedad hepática
- Obesidad (IMC > 30 kg/m²)

*Excluye población pediátrica

Descripción del esquema de tratamiento y seguimiento del paciente COVID-19 y enfermedad leve.

Todo paciente que se realice una prueba para COVID-19 en el Hospital Herrera Llerandi deberá ser evaluado, de manera presencial o de manera remota o virtual, por cualquier medio electrónico o digital (Whatsapp, ZOOM, celular u otro), a elección del Médico adscrito al “Programa Ambulatorio de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio”, bajo responsabilidad exclusiva de dicho Médico y ser clasificado por el mismo como “Caso Leve” para poder acceder al protocolo de tratamiento ambulatorio.

Una vez realizada la evaluación y con la prueba COVID-19 positiva, la cual deberá de ser realizada en el laboratorio del Hospital Herra Llerandi, si el paciente cumple criterios de enfermedad leve, tendrá la opción de ser parte del protocolo ambulatorio. El seguimiento en casa incluirá 2 visitas virtuales adicionales a la Evaluación inicial. Si el Médico de Contacto considera que el paciente debe de ser evaluado de manera presencial o necesita exámenes adicionales o diagnóstico por imágenes, se lo hará saber al paciente.

Tratamiento:

(Cualquier alergia a medicamentos debe ser informado a su médico antes de iniciar la terapéutica).

1. Vitamina D3, 2,000 UI qd por 10 días
2. Zinc 40 mg qd por 10 días (Dos tabletas de 20mgs cada una).
3. Menaxol Forte 1 sobre cada 12 horas por 10 días (en caso de tos).
4. Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 10 días
5. Medicación adicional individualizada según evaluación del Médico de Contacto HHLL.

Laboratorios:

- Hematología completa
- Hemoglobina glicosilada
- Función renal (BUN, Cr)
- Pruebas hepáticas (DHL, ASAT, ALAT)
- Proteína c-reactiva

Tabla 2. Síntomas de alarma para referir por progreso de enfermedad leve a moderada.

1. Sofocarse al vestirse, bañarse o caminar
 2. Presión en el pecho
 3. Dolor al respirar
 4. Saturación de oxígeno <90%
 5. Fiebre persistente que no cede a antipiréticos
-

Seguimiento ambulatorio:

- Requisitos para seguimiento ambulatorio:
 - Termometro digital
 - Oxímetro de pulso (podrá ser incluido en el kit HHLL-COVID)
 - Llevar bitácora cada 6 horas de temperatura y saturación de oxígeno
- Las consultas virtuales con el médico de contacto del Hospital Herrera Llerandi consistirán en:
 1. Primera evaluación virtual por prueba de COVID-19 positiva del laboratorio del Hospital Herrera Llerandi
 2. Segunda consulta virtual para el análisis de los laboratorios realizados como parte del protocolo de manejo ambulatorio del paciente COVID-19 leve.
 3. Tercera consulta virtual de seguimiento.
- Criterios para ser evaluado presencialmente:
 - Presencia de cualquier síntoma de alarma (ver Tabla 2)
- Plan educacional para aislamiento en casa
- Criterios para considerar caso resuelto:
 1. Para los sintomáticos: 10 días después del inicio de síntomas y 3 días sin síntomas (sin dificultad respiratoria, disminución de la tos, y afebril sin utilizar antipiréticos).
 2. En los casos asintomáticos con prueba COVID-19 positivo, 10 días después de haber obtenido el resultado de la prueba.

Aclaraciones:

Este protocolo se revisará y actualizará constantemente en base a la evidencia científica del tratamiento ambulatorio de los casos leves o asintomáticos de COVID-19

El presente protocolo y los tratamientos son únicamente una guía médica que aplica a los casos de pacientes leves o asintomáticos de SARS COVID -19, la reacción que cada paciente tenga a este tratamiento deberá ser evaluada por el Médico tratante quien deberá variar dicho tratamiento en base a juicio y criterio médico personal.

El acceso al Programa por parte del paciente, no garantiza que el Hospital Herrera Llerandi pueda asegurar su hospitalización en el mismo, ya que esa posibilidad se encuentra sujeta a criterios de espacio, y recursos designados para el tratamiento de esta condición.

Bibliografía

1. CDC. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/planning-scenarios.html#table-2>
2. WHO Risk assessment and management of exposure of health care workers in the context of COVID-19: Interim guidance 19 March 2020
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331496/WHO-2019-nCov-HCW_risk_assessment-2020.2-eng.pdf.
3. Discontinuation of isolation for persons with COVID-19 not in healthcare settings. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/disposition-in-home-patients.html>
4. Interim clinical guidance for management of patients with confirmed coronavirus disease (COVID-19)
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>
5. COVID Treatment Guidelines
<https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/whats-new/>

SON YA CUATRO MESES DE PANDEMIA

Por: Dr. Hugo Eduardo Pezzarossi Zelaya

Especialista en Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas

Guatemala, 06 de Julio del 2020

Han transcurrido cerca de cuatro meses desde que Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la Organización Mundial de la Salud, declaró la COVID-19 como pandemia (11 de marzo de 2020) y desde que esta debutó en Guatemala (17 de marzo de 2020). Este tiempo ha servido para conocer al agente agresor, un nuevo coronavirus, que por su similitud genética con el también coronavirus SARS, fue llamado SARS-CoV-2. Actualmente podemos diagnosticar su presencia en muestras de hisopado nasofaríngeo, por medio de pruebas que detectan su material genético (PCR ó reacción en cadena de polimerasa) o su antígeno (proteínas virales). También conocemos su comportamiento, es decir su forma de transmisión (respiratoria) y la enfermedad que produce, la cual puede presentarse en varias etapas o formas: leve o respiratoria alta (estado gripal), moderada con sin compromiso pulmonar (neumonía), severa o multi-sistémica, ya que puede afectar el funcionamiento de varios órganos del cuerpo (cerebro, hígado, corazón, riñones, pulmones, etc), acarreando muchas muertes, particularmente en un grupo de personas altamente vulnerables, a los que me referiré más adelante.

También se ha documentado que con ciertas medidas muy sencillas (higiene de manos, uso de mascarilla y sobre todo distanciamiento social), podemos disminuir la transmisión del virus, pero ello requiere de voluntad y acciones concretas por parte de la población. Por cierto, estas medidas deberán mantenerse hasta que este disponible una vacuna que demuestre ser eficaz y que cause los mínimos efectos adversos.

No existe tratamiento antiviral específico, aunque algunas personas, basándose en experiencias anecdóticas u observaciones personales, recomiendan fármacos que no son antivirales (p.e. antibióticos, antiparasitarios, antiinflamatorios, etc.). El único antiviral recomendado hasta ahora en COVID-19 es remdesivir, con el cual ya han sido realizados algunos ensayos clínicos serios que han demostrado beneficio en enfermedad severa. Dentro de estas personas se encuentran algunos médicos y otros pseudomédicos, quienes a través de las redes sociales promueven el uso de hidroxicloroquina, azitromicina, lopinavir/ritonavir (LPV/RTV) y lo más reciente, ivermectina, y además otras opciones no farmacológicas. Personalmente no comparto estas recomendaciones debido a que varios estudios clínicos con hidroxicloroquina con o sin azitromicina y LPV/RTV no han mostrado beneficio en el tratamiento de COVID-19; y con ivermectina hay un solo estudio que es bastante limitado en su diseño (retrospectivo con pocos pacientes), y su potencial antiviral lo basan en observaciones in vitro al inhibir la replicación de SARS-CoV-2. Además, los que

abogan por estas alternativas omiten informar acerca de los efectos adversos que producen.

Con base en mi experiencia como infectólogo y en la revisión de publicaciones científicas al respecto de la terapéutica de la enfermedad, me permito sugerir que el tratamiento de la forma leve a moderada es, salvo excepciones, estrictamente sintomático, y debe estar dirigido hacia el alivio de la fiebre, del dolor en diferentes sitios, la congestión nasal y la tos. En el caso del paciente con enfermedad moderada acompañada de neumonía, mientras este no muestre dificultad respiratoria e hipoxemia, es decir bajos niveles de oxígeno en sangre, lo cual se documenta mediante la medición de la saturación de oxígeno (O₂) con ayuda de un oxímetro digital, puede continuar tratamiento sintomático en casa.

Cuando se presenta hipoxemia (saturación de O₂ por debajo de 90% y frecuencia respiratoria superior a 24 respiraciones por minuto) el enfermo debe acudir al hospital para ser evaluado por médico, quien de acuerdo a las condiciones clínicas individuales y siguiendo los protocolos establecidos por la institución, establecerá su tratamiento. En términos generales, los protocolos para el manejo del paciente moderado con neumonía e hipoxemia, así como para el paciente con enfermedad severa (grave y crítica) incluyen fármacos especializados, tales como anticoagulantes (heparinas de bajo peso molecular), antiinflamatorios (inhibidores de interleucinas), esteroides (dexametasona o metilprednisolona) y algunas veces antibióticos; el uso remdesivir está sujeto a disponibilidad. Adicionalmente, para el manejo de la hipoxemia se necesita oxígeno suplementario a través de dispositivos especiales (cánulas, mascarillas con o sin reservorio, alto flujo), ventilación no invasiva y finalmente ventilación mecánica. Todo este tratamiento requiere imperativamente de personal y equipo especializados, pero tanto o más importante que estos elementos es creer y tener fe que podemos contar con la intervención sobrenatural de Dios.

No cabe duda de que estamos enfrentando momentos de luto y dolor, pero también de ansiedad y preocupación, desafortunadamente intensificadas por personas imprudentes que utilizan y manipulan la información a través de las redes sociales y/o de los medios de comunicación, transmitiendo noticias alarmantes, opiniones equivocadas, y lo que resulta más dañino, recomendaciones erróneas acerca del tratamiento de esta enfermedad, ya que no están respaldadas por estudios y fundamento científico. Esto provoca confusión, tratamientos inadecuados, eventos adversos innecesarios y desabastecimiento de fármacos en droguerías y farmacias, privando de estos medicamentos a aquellos enfermos que por sus dolencias verdaderamente requieren de estos productos. Pregunto ¿Acaso cree Usted estimado lector, que si estos productos fueran verdaderamente terapéuticos para COVID-19, los países con mayor poder económico en el mundo no habrían comprado ya toda la producción para los siguientes meses, mientras se dispone de un antiviral y/o una vacuna eficaz y segura?”. Contéstese esta interrogante y recuerde “en río revuelto, ganancia de pescadores”.

Apelando a su buen criterio traslado a ustedes los siguientes comentarios, con el único interés de aclarar algunas inquietudes:

1. COVID-19 es una infección viral que puede cursar sin síntomas (asintomáticos) o como una enfermedad de leve a moderada intensidad en el 80% de los casos. Los síntomas son similares a un fuerte resfriado y pueden incluir: fiebre, dolor muscular, dolor de cabeza, congestión nasal, dolor de garganta, tos seca, y cada vez más frecuentemente observados, náusea, diarrea y alteraciones para percibir olores y sabores. El otro 20% experimentará una enfermedad severa, caracterizados por dificultad respiratoria de intensidad variable, convirtiéndose esta en el signo de alarma que deberá orientar al enfermo a buscar ayuda médica o acudir a una emergencia de hospital. En este 20%, el 15% puede cursar con enfermedad grave y el 5% en forma crítica, la que necesitará en definitiva de atención en unidades de cuidados intensivos y es precisamente esta fracción la que presentará la mayor mortalidad.
2. Un individuo sano a cualquier edad tiene una mayor posibilidad de presentar enfermedad leve, mientras que los mayores de 60 años y que adicionalmente padecen enfermedades crónicas no tratadas, tales como hipertensión, diabetes, obesidad, tabaquismo, insuficiencia renal y hepática, tratamiento con medicamentos que deprimen la inmunidad (trasplantados, artritis reumatoide, etc.), infección por HIV, etc., tienen mayor riesgo de desarrollar COVID-19 grave y de mayor mortalidad. La enfermedad grave no es solamente una infección pulmonar sino una afección que compromete el funcionamiento de varios órganos vitales, capaz de precipitar la muerte.
3. En cuanto al diagnóstico, la PCR (reacción en cadena de polimerasa de tiempo real) sigue siendo el mejor método para detectar el material genético del virus (ARN), mientras que una segunda alternativa es la detección del antígeno (proteínas virales), la cual es inferior en su capacidad diagnóstica, particularmente en etapa temprana de la enfermedad y en personas que no tienen síntomas; ambas pruebas se realizan en muestras obtenidas mediante hisopado nasofaríngeo. Una tercera prueba es la detección de anticuerpos (IgG e IgM), la cual se efectúa en una muestra de sangre, y ofrece resultados positivos a partir del día 10 a 14 de enfermedad. Para realizar cualquiera de estas pruebas es recomendable acudir a un laboratorio autorizado, con personal capacitado en la toma y procesamiento de las muestras y en el reporte oportuno de resultados.
4. Otro aspecto muy importante de comentar es el tratamiento de COVID-19 y este merece abordarlo con mayor detenimiento:
 - Pocas son las infecciones producidas por otros virus que responden satisfactoriamente a tratamiento antiviral, sea curando o entrando en remisión mientras este se administra, entre ellas las producidas por herpesvirus (herpes simple, varicela-zoster, CMV), HIV, influenza virus, hepatitis A, B y C.

Afortunadamente, para muchas otras existe prevención mediante vacunación, tales como sarampión, rubeola, paperas, polio, rotavirus, papilomavirus, varicela-zoster, influenza estacional y rabia.

- Desafortunadamente, tanto para SARS-CoV-2, virus responsable de COVID-19, como para otros coronavirus NO EXISTE tratamiento antiviral específico ni vacuna. El único antiviral, aún en investigación, es remdesivir, cuyos resultados preliminares han mostrado beneficio clínico, particularmente en pacientes hospitalizados con enfermedad severa, y con efectos adversos tales como incremento de las enzimas hepáticas, diarrea, rash, etc. Desafortunadamente remdesivir estará disponible en Guatemala hasta septiembre 2020.
- A la fecha, hidoxicloroquina, con o sin azitromicina y LPV/RTV no han mostrado beneficio en el tratamiento de COVID-19 pero sí efectos secundarios, entre ellos arritmias cardíacas que pueden llegar a ser graves (taquicardia ventricular) y nefrotoxicidad, tanto con hidoxicloroquina como con cloroquina, y trastornos gastrointestinales (náusea, vómitos y diarrea) observados con el uso de LPV/RTV.
- Con relación a ivermectina, no se cuenta con más que un solo estudio retrospectivo que por sí solo no es concluyente para apoyar a este antiparasitario como alternativa terapéutica para COVID-19, requiriéndose de estudios serios con diseño apropiado para valorar su uso. A pesar de que se emplea en humanos con distintas parasitosis, la mayor información disponible se basa en la experiencia en animales. Además, en un comunicado reciente la OMS/OPS informa que “los estudios sobre ivermectina contienen un alto riesgo de sesgo, muy poca certeza de evidencia y la evidencia existente es insuficiente para llegar a una conclusión sobre sus beneficios y sus daños”, y por lo tanto “desaconsejan el uso de ivermectina para cualquier otro fin diferente de aquellos para los que está debidamente autorizado”.
- Está demostrado que la enfermedad leve requiere únicamente de tratamiento sintomático dirigido al alivio de la fiebre, el dolor (muscular, de cabeza y garganta), la tos y eventualmente la diarrea. Y en cuanto al tratamiento de la enfermedad moderada a severa, en condiciones ideales este es intrahospitalario, por lo que será el equipo médico tratante el que decidirá lo mejor y de manera individualizada.
- Existen algunas observaciones finales que a lo largo de estos 4 meses de pandemia he podido acumular:
 - Muy poco de lo que aparece en las redes sociales tiene respaldo científico.
 - No todo lo que le hace bien a una persona tendrá el mismo efecto en otras. Esto a propósito de los kits que municipalidades, empresas e iglesias se encuentran entregando, y que incluyen medicamentos ya mencionados.

- Cualquier producto farmacéutico debe ser indicado mediante prescripción y luego de que el paciente haya sido evaluado o asesorado por su médico.
- Todos los medicamentos pueden ocasionar efectos adversos, algunos pueden ser serios o graves y comprometer su vida, más que la propia COVID-19.
 - No se deje engañar y pregunte a su médico si lo que leyó, escuchó o vio en redes es digno de ser tomado en cuenta.
 - Evite caer en el error de que ante la escasez de productos “supuestamente eficaces” le ofrezcan alternativas para consumo animal, tal es el caso de la ivermectina.
 - Cuidado con los kits de tratamiento. El ejercicio médico ético y responsable contempla la medicina individualizada y no participa de estrategias colectivas de tratamiento. Lo que podría ser eficaz para unos podría ser dañino para otros.
 - Piense en los demás.
 - Si Usted fue uno(a) de los que contribuyó al desabastecimiento de hidroxiclороquina, dejó sin opción de tratamiento a enfermos con artritis reumatoide y lupus eritematoso, y quizás habrá contribuido a la resistencia de *Plasmodium (vivax o falciparum)* a cloroquina en Guatemala. Este es el parásito responsable del paludismo.
 - Si Usted acaparó azitromicina habrá dejado sin alternativa de tratamiento a niños y/o adolescentes con infecciones respiratorias altas y bajas provocadas por bacterias como neumococo y otros estreptococos, *Mycoplasma pneumoniae*, etc.
 - Si tomó la decisión equivocada de tener su reserva de ivermectina, habrá dejado sin opción de tratamiento a personas con afecciones parasitarias, principalmente sarcoptiosis (sarna), frecuente en Guatemala.
 - Si decidió comprar LPV/RTV, un antiretroviral útil en el tratamiento de la infección por HIV/SIDA, seguro que la pasará un poco mal por los síntomas gastrointestinales que provoca, particularmente náusea, vómitos y diarrea.
 - Lo que puede ser peor, a quien haya adquirido uno o varios de estos productos, le servirá de muy poco, ya que la enfermedad leve, durante la cual Usted podría decidir que tomar, no requiere de tratamiento “supuestamente antiviral”, sino solamente sintomático. En la enfermedad grave el tratamiento es hospitalario y por lo tanto serán los médicos los que decidirán lo conveniente para cada enfermo.
 - En conclusión, según mi criterio es que en enfermedad leve ninguna de las opciones antes mencionadas es eficaz para tratar, menos para prevenir la COVID-19.

A continuación dedico algunas palabras de exhortación a diferentes sectores de la sociedad:

A mis colegas médicos: no olvidar el aforismo "*primum non nocere*" (primero no hacer daño), el cual es prioridad en la jerarquización de las obligaciones éticas de todo profesional de la salud. Si usted no está seguro respecto a una opción terapéutica, particularmente en el tema COVID-19, revise la literatura médica universal, a la cual todos tenemos libre acceso. Los enfermos con esta condición no son pacientes terminales a quienes se pretende "rescatar" con fármacos cuyo beneficio y efectos secundarios se desconocen. Apelo a su buen criterio, producto de seis años de carrera universitaria y otros tantos de estudios de post-grado, para que cada mensaje relacionado a diagnóstico y tratamiento que aparezca en redes u otros medios, sea motivo de profundo análisis, antes de re-enviarlo y contribuir más a la confusión incontrolable a la que ha sido sometida la población guatemalteca.

Al Colegio de Médicos y Cirujanos: particularmente a su junta directiva, le recuerdo que debe velar por un ejercicio profesional responsable y pronunciarse oportunamente cuando por cualquier medio se publiquen recomendaciones terapéuticas que carezcan del respaldo científico obligado y pongan en mayor riesgo la salud de los pacientes. Además, apelo al buen criterio de las autoridades en turno para que se cumplan los derechos de sus agremiados en dos sentidos: urgir al gobierno para el oportuno y merecido pago de quienes se encuentran atendiendo pacientes con COVID-19 en los hospitales, tanto temporales, como de la red hospitalaria nacional; y exigir a las autoridades de gobierno, en especial al Ministerio de Salud, a que a todos ellos se les proporcione sin falta alguna, el equipo e insumos para proteger su salud.

A la Industria farmacéutica: le recuerdo que los consumidores de los medicamentos son seres humanos, quienes pueden verse perjudicados en su salud por tomar productos que no están respaldados científicamente ni registrados debidamente para ser indicados en el tratamiento de COVID-19. Por lo tanto, sugiero a las farmacéuticas que producen y comercializan los medicamentos "supuestamente anti SARS-CoV-2" que publiquen los estudios que respaldan tal indicación y la aprobación para su comercialización local.

Al Programa Nacional de Farmacovigilancia: le pido desarrolle su labor con excelencia, particularmente en la detección, comprensión y prevención de eventos adversos o cualquier otro problema derivado del uso no supervisado de fármacos que no tienen el registro para ser empleados en COVID-19. El que estemos enfrentando una crisis sanitaria no otorga libertad para que los fármacos se comercialicen sin el debido control.

Al Gobierno de la República y a las autoridades de salud: hago mención que como guatemaltecos nos encontramos ante un nuevo escenario, uno que nunca imaginamos gobernantes y gobernados; precipitado por una crisis sanitaria, que a su vez ha traído consecuencias a nivel económico, laboral, y político. Por lo tanto es URGENTE diseñar e implementar cuanto antes un modelo de gestión, que permita hacer un uso sabio, eficiente

y transparente de los préstamos aprobados por el Congreso para enfrentar la crisis provocada por la COVID-19.

Aunque al igual que la hermana República de El Salvador se tuvo oportunidad, para edificar hospitales temporales mejor diseñados y equipados. Desafortunadamente, por condiciones que desconocemos y que competen directamente al actual gobierno, se edificaron hospitales temporales que no reúnen las condiciones óptimas para un funcionamiento efectivo que permita enfrentar todos los retos que impone esta crisis sanitaria. Muy pronto se estarán edificando otros cuatro a seis nuevos hospitales para fortalecer la red hospitalaria nacional para los próximos años, por lo que aconsejo a las autoridades de turno y personal responsable de dicha obra, que el diseño y construcción de los mismos sea revisado y respaldado por empresas especializadas en la construcción de hospitales, ya que muy probablemente pasarán otros cuarenta años para que el sector salud vuelva a tener la oportunidad de invertir en infraestructura hospitalaria.

Agradeceré a las nuevas autoridades ministeriales no escatimar esfuerzos y recursos para abordar de mejor manera esta crisis sanitaria. Les sugiero que teniendo los fondos asignados, estos sean destinados a la compra de la cantidad necesaria de pruebas diagnósticas calificadas, a la contratación y capacitación de personal (médicos, enfermeras, personal de laboratorio, de limpieza, encargados de las morgues, etc.), a la compra de medicamentos especializados (antes mencionados), equipos protectores de buena calidad y en las cantidades necesarias, a otros insumos, etc. Y en cuanto a estrategias de tratamiento les solicito reconsiderar las guías terapéuticas que han publicado por las redes sociales, y que personalmente no comparto, por lo que les exhorto a pedir opinión a los miembros de la Asociación Guatemalteca de Enfermedades Infecciosas, quienes con toda seguridad contribuirán a la elaboración de nuevas guías basadas en evidencia científica.

Finalmente, dada la loable labor del personal sanitario que arriesga diariamente sus vidas en el manejo de la COVID-19, se les debe reconocer con un salario digno, acorde a su esfuerzo y riesgo laboral, y que se les haga efectivo puntualmente. Además, creo posible que por su dedicación a la salud de los guatemaltecos en época de crisis y por el riesgo que ello implica, reciban un complemento al salario, consistente en un seguro de gastos médicos y de vida.

Logia VILMA RIOS Myreina Castro Maribel De León

HUGO PEZZARO Usa Mariana

Instalaciones

- Establecer controles administrativos y de ingeniería si fuera necesario, para facilitar el distanciamiento social, entre ellos:
 - Minimizar el tiempo en las salas de espera.
 - Espaciar las sillas con al menos 6 pies de distancia.
 - Mantener bajos volúmenes de pacientes.
 - En lo posible, uno o ningún acompañante de los pacientes.
- Deben prohibirse las visitas, pero si son necesarios para la atención al paciente, deben ser pre-examinados de la misma manera que los pacientes.

24 Participantes Chat Compartir pantalla Grabar Reacciones

100% DATA BUICK

HUGO PEZZARO Evelyn Lopez

Fuerza Laboral

- Examinar rutinariamente al personal para detectar síntomas de COVID-19 y, si es sintomático, debe realizarse prueba diagnóstica y ponerse en cuarentena.
- El personal (médicos, enfermeras, secretarias, etc) debe limitarse a trabajar en áreas pre-establecidas y no rotar en "zonas de atención COVID-19" (por ejemplo, no debe evaluarse pacientes en el hospital, con o sin COVID-19) y luego acudir a un consultorio no COVID-19).
- Los niveles de personal en la comunidad deben seguir siendo adecuados para cubrir un aumento potencial de los casos COVID-19.

20 Participantes Chat Compartir pantalla Grabar Reacciones

para buscar

Recomendaciones Específicas

- Antes de reiniciar labores debe garantizarse la seguridad del lugar de trabajo.
- Aumentar la frecuencia de lavado de manos y limpieza de superficies.
- Tomar todas las medidas razonables para ayudar a las personas a trabajar desde casa.
- Siempre que sea posible, debe mantener 2 metros de distancia entre personas.
- Cuando el distanciamiento entre personas por 2 metros no es posible, debe hacer todo lo práctico para gestionar el riesgo de transmisión.

Requisitos para la Atención de Pacientes sin COVID-19

- Consultorios apropiados con los recursos necesarios para brindar atención médica y la capacidad para responder rápidamente al presentarse algún caso de COVID-19.
- Planificación cuidadosa para reanudar la atención en persona de los pacientes que requieren atención no COVID-19, debiéndose considerar todos los aspectos de la atención, por ejemplo:
 - Instalaciones adecuadas, suministros y acceso a pruebas Dx de COVID-19.
 - Personal adecuado en todas las fases de la atención (como la disponibilidad de médicos, enfermeras, anestesia, farmacia, imágenes, patología y atención post-aguda).

Zoom meeting interface showing a slide with the following content:

Mantener 2 Metros de Distanciamiento Social, Siempre que Sea Posible

Siempre que sea posible, debe mantener 2 metros entre personas:

- Poner letreros para recordar a trabajadores y visitantes mantener el distanciamiento social.
- Evitar compartir estaciones de trabajo.
- Utilizar cinta adhesiva o pintura para marcar áreas que ayuden a las personas a mantener el distanciamiento.
- Organizar el tráfico unidireccional a través del lugar de trabajo si es posible.
- Cambiar a ver pacientes y visitantes solo con cita previa si es posible.

Zoom controls at the bottom show 2/4 participants, a chat window, and a toolbar with icons for mute, video, and other functions.

Zoom meeting interface showing a slide with the following content:

Gestionar el Riesgo de Transmisión Cuando no es Posible Mantener el Distanciamiento

Cuando el distanciamiento entre personas por 2 metros no es posible, debe hacer todo lo práctico para gestionar el riesgo de transmisión:

- Considerar las actividades que deben continuar para que el negocio opere.
- Acortar lo mas posible el tiempo de las actividades que impliquen riesgo.
- Emplear pantallas o barreras para separar a las personas entre sí (entre trabajadores o entre trabajador y visitante).
- Utilizar trabajo de espalda a espalda o de lado a lado siempre que sea posible.
- Implantar horarios de llegada y salida.
- Reducir el número de personas con las que cada colaborador tiene contacto mediante el uso de 'equipos fijos o asociaciones'.

Zoom controls at the bottom show 2/4 participants, a chat window, and a toolbar with icons for mute, video, and other functions.

Ligia

Maribel De León

miniam rojas

Verónica Chaoet

Gestionar el Riesgo de Transmisión Cuando no es Posible Mantener el Distanciamiento

Cuando el distanciamiento entre personas por 2 metros no es posible, debe hacer todo lo práctico para gestionar el riesgo de transmisión:

- Considerar las actividades que deben continuar para que el negocio opere.
- Acortar lo mas posible el tiempo de las actividades que impliquen riesgo.
- Emplear pantallas o barreras para separar a las personas entre sí (entre trabajadores o entre trabajador y visitante).
- Utilizar trabajo de espalda a espalda o de lado a lado siempre que sea posible.
- Implantar horarios de llegada y salida.
- Reducir el número de personas con las que cada colaborador tiene contacto mediante el uso de 'equipos fijos o asociaciones'.

2/20

Participantes

Chat

Compartir pantalla

Grabar

Reservaciones

Ver más para buscar

Ligia

Maribel De León

miniam rojas

amag5@bomna

Protocolos de Limpieza, Lavado de Manos e Higiene

Aumentar la frecuencia de lavado de manos y limpieza de superficies:

- Alentar a las personas a seguir la recomendación sobre la higiene y el lavado de manos.
- Proporcionar desinfectantes para las manos en todo el lugar de trabajo, además de los baños.
- Limpieza y desinfección frecuente de objetos y superficies que se tocan regularmente.
- Mejorar la limpieza en las áreas mas concurridas.
- Informar acerca del uso y limpieza para los inodoros.
- Proporcionar instalaciones de secado de manos – ya sea toallas de papel o secadores eléctricos.

2/20

Participantes

Chat

Compartir pantalla

Grabar

Reservaciones

Ver más para buscar

Logia

HUGO PEZZARO

Maribel De León

miriam rojas

amag5@bentel.at

Protocolos de Saneamiento

- Asegurar la existencia de un plan establecido para la limpieza y desinfección a fondo antes de utilizar espacios o instalaciones para pacientes con necesidades de atención no COVID-19.
- Asegurar, si fuera el caso (por ejemplo, endoscopías) de que los equipos, como las máquinas de anestesia utilizadas eventualmente en pacientes con COVID-19 no diagnosticado, estén completamente descontaminados, siguiendo directrices universales.

Participantes 2/11

Chat

Compartir pantalla

Grabar

Resolución

Logia

Windows taskbar icons

Logia

HUGO PEZZARO

Maribel De León

miriam rojas

amag5@bentel.at

Protocolos de Saneamiento

- Asegurar la existencia de un plan establecido para la limpieza y desinfección a fondo antes de utilizar espacios o instalaciones para pacientes con necesidades de atención no COVID-19.
- Asegurar, si fuera el caso (por ejemplo, endoscopías) de que los equipos, como las máquinas de anestesia utilizadas eventualmente en pacientes con COVID-19 no diagnosticado, estén completamente descontaminados, siguiendo directrices universales.

Participantes 2/11

Chat

Compartir pantalla

Grabar

Resolución

Logia

Windows taskbar icons

Protocolos de Saneamiento

- **La limpieza** se refiere a la eliminación de gérmenes, suciedad e impurezas de las superficies. No mata gérmenes, pero al eliminarlos, disminuye su número y el riesgo de propagación de la infección.
- **La desinfección** se refiere al uso de productos químicos, por ejemplo, desinfectantes registrados por la EPA (U.S. Environmental Protection Agency), para matar gérmenes en las superficies. Este proceso no necesariamente limpia las superficies sucias o elimina los gérmenes, pero al disminuir el número de gérmenes en una superficie después de la limpieza, puede reducir aún más el riesgo de propagación de la infección.

Limpieza y Desinfección de Superficies Ambientales en Instalaciones Sanitarias

- Limpiar y desinfectar las superficies (por ejemplo, pisos, tableros) en forma regular, cuando se produzcan derrames y cuando estas superficies estén visiblemente sucias.
- Limpiar y desinfectar superficies ambientales en forma regular (por ejemplo, diariamente, tres veces por semana) y cuando las superficies están visiblemente sucias.
- Seguir las instrucciones de los fabricantes para el uso adecuado de productos desinfectantes (o detergentes), como la dilución de uso recomendada, la compatibilidad de materiales, el almacenamiento, la vida útil y el uso y eliminación seguros.
- Limpiar las paredes, persianas y cortinas de ventanas en áreas de cuidado del paciente cuando estas superficies estén visiblemente contaminadas o sucias.
- Preparar soluciones desinfectantes (o detergentes) según sea necesario y reemplazarlas con solución fresca con frecuencia (por ejemplo, reemplazar la solución de limpieza de suelo cada tres ambientes, cambiar a intervalos de 60 minutos), de acuerdo con la política de la instalación.
- Descontaminar los cabezales del fregadero y los paños de limpieza regularmente para evitar la contaminación (por ejemplo, lavar y secar al menos diariamente).
- No olvidar el manejo de desechos (bolsa roja, etiquetado, etc).

Zoom Meeting

Ugla, Maribel De Leon, miriam rojas, Carlo Catalan, HUGO REZZARO, Evelyn Lopez

Desinfectantes Utiles para SARS-CoV-2

- Hipoclorito de sodio.
- Amonio cuaternario.
- Peróxido de hidrógeno.
- Alcohól isopropílico, fenólico y etílico.
- Acido peroxi-acético.
- Otros agentes desinfectantes incluyen ozono, luz ultravioleta y agua caliente.

Zoom Meeting Controls: Mute, Video, Chat, Participants, Share Screen, Stop Video, Stop Audio, Refresh, Help

Windows Taskbar: 10:57 AM, Microsoft Edge, Zoom, File Explorer, Task View, Start Menu

Zoom Meeting

Ugla, Maribel De Leon, miriam rojas, Veronica Chapet, HUGO REZZARO, Evelyn Lopez

Mantener 2 Metros de Distanciamiento Social, Siempre que Sea Posible

Siempre que sea posible, debe mantener 2 metros entre personas:

- Poner letreros para recordar a trabajadores y visitantes mantener el distanciamiento social.
- Evitar compartir estaciones de trabajo.
- Utilizar cinta adhesiva o pintura para marcar áreas que ayuden a las personas a mantener el distanciamiento.
- Organizar el tráfico unidireccional a través del lugar de trabajo si es posible.
- Cambiar a ver pacientes y visitantes solo con cita previa si es posible.

Zoom Meeting Controls: Mute, Video, Chat, Participants, Share Screen, Stop Video, Stop Audio, Refresh, Help

Windows Taskbar: 10:57 AM, Microsoft Edge, Zoom, File Explorer, Task View, Start Menu

Logia HUGO PEZZARO LAURA HERRERA Emelias Galan L LIA SANCHEZ Myreia Castro

Curso Clínico

- Entre los pacientes que desarrollaron enfermedad severa, el tiempo promedio desde el inicio de los síntomas hasta la disnea fue de 5 – 8 días, al SIRA entre 8 – 12 días y al ingreso a UCI 10 – 12 días.
- Algunos pacientes se deterioran rápidamente una semana después de la aparición de la enfermedad.
- Entre todos los pacientes hospitalizados, 26% – 32% fue ingresado a UCI.
- Entre todos los pacientes, 3% – 17% desarrolló SIRA (20% – 42% para pacientes hospitalizados y 67% – 85% para los pacientes ingresados a UCI).
- La mortalidad entre los pacientes ingresados a UCI osciló entre 39% – 72% dependiendo del estudio y las características de la población del paciente.
- La mediana de la hospitalización entre los supervivientes fue de 10 – 13 días.

Participantes: 2/11 | Chat | Compartir pantalla | Grabar | Resúmenes

Logia para iniciar

Logia HUGO PEZZARO EVELYN VILLALBA Mariel De Leon miliani rojas Carlos Enrique

Equipo de Protección Personal

- Se recomienda a médicos y el personal afin, utilizar mascarillas quirúrgicas en todo momento.
- Los procedimientos en las membranas mucosas, incluidas las vías respiratorias, con un mayor riesgo de transmisión de aerosoles, deben realizarse con mucha precaución. Idealmente el personal debe utilizar la protección respiratoria adecuada (respiradores N-95 o FFP3, y protectores faciales).
- Los pacientes deben usar desde una mascarilla de tela hasta una mascarilla quirúrgica.
- Se debe hacer todo lo posible para continuar empleando el equipo de protección personal cuando sea necesario.

Participantes: 2/11 | Chat | Compartir pantalla | Grabar | Resúmenes

Logia para iniciar

Logia

Martin Orellana

Emelin Galán

Hans Tarthius E.

Enfermedad Leve a Moderada

- La presentación clínica leve (ausencia de neumonía viral e hipoxia) pueden no requerir inicialmente hospitalización, y muchos pacientes podrán controlar su enfermedad en casa.
- La decisión de vigilar a un paciente en el entorno hospitalario o ambulatorio es individual y dependerá de:
 - La presentación clínica.
 - Necesidad de apoyo.
 - Los posibles factores de riesgo de enfermedad grave.
 - La capacidad del paciente para autoaislarse en el hogar.

Participantes Chat Compartir pantalla Grabar Configuración

Logia

Emelin Galán

Myriela Castro

Enfermedad Severa

- Algunos pacientes con COVID-19 tendrán una enfermedad grave que requiere hospitalización para su tratamiento.
- El manejo hospitalario gira en torno al manejo de apoyo de las complicaciones más comunes de COVID-19:
 - Neumonía.
 - Insuficiencia respiratoria hipoxémica/SIRA.
 - Sepsis y shock séptico.
 - Hipertensión, cardiomiopatía y arritmias.
 - Insuficiencia renal aguda.
 - Complicaciones de hospitalización prolongada, incluyendo infecciones bacterianas secundarias, tromboembolismo, sangrado gastrointestinal y polineuropatía/miopatía por enfermedad crítica.

Participantes Chat Compartir pantalla Grabar Configuración



- Ligia Vilma Rios Myreia Castro Maribel De León
- ## Las 4 Señales para Volver a la Normalidad
- Riesgo mínimo de transmisión comunitaria, basado en evidencia sostenida de una tendencia a la baja en nuevos casos y muertes.
 - Una red de pruebas robusta, coordinada y bien suministrada.
 - Un sistema de salud pública que se dedique a la vigilancia y el rastreo de contactos.
 - Hospitales y personal sanitario con recursos completos.

Ligia VILMA RÍOS Myreia Castro Maribel De León

HUGO PEZZARO LISA MARTEL

Recomendaciones Generales

- Evaluar la atención en función de las necesidades clínicas. Deben priorizarse:
 - La atención quirúrgica
 - El manejo de enfermedades crónicas de alta complejidad.
 - Servicios preventivos: vacunación.
- Evaluar a todos los pacientes en busca de síntomas de COVID-19, incluidos los controles de temperatura.
- Disponer de recursos suficientes para la instalación en todas las fases de la atención, incluyendo EPP, fuerza laboral sana, instalaciones, suministros, capacidad de prueba y atención post-aguda, sin poner en peligro la capacidad.

Participantes Chatbot Compartir pantalla Grabar Reacciones

Ligia VILMA RÍOS Myreia Castro Maribel De León

HUGO PEZZARO LISA MARTEL

Recomendaciones Generales

- Evaluar la atención en función de las necesidades clínicas. Deben priorizarse:
 - La atención quirúrgica
 - El manejo de enfermedades crónicas de alta complejidad.
 - Servicios preventivos: vacunación.
- Evaluar a todos los pacientes en busca de síntomas de COVID-19, incluidos los controles de temperatura.
- Disponer de recursos suficientes para la instalación en todas las fases de la atención, incluyendo EPP, fuerza laboral sana, instalaciones, suministros, capacidad de prueba y atención post-aguda, sin poner en peligro la capacidad.

Participantes Chatbot Compartir pantalla Grabar Reacciones

FOTOS

Toma de temperatura a personal administrativo y médico





Toma de temperatura a pacientes



Atención a pacientes con consultas médicas especializadas en clínica







Atención a pacientes con consultas médicas especializadas por video llamada



Reunión de programación de cirugías



Hisopado y protocolo de atención a pacientes previo al ingreso al Hospital





Sala de operaciones







Área de encamamiento





Fisioterapia

