

SEGUIMIENTO Y
TRATAMIENTO DEL PACIENTE

COVID-19

PROPUESTA

Feldman Sara (1), Camal Ruggieri Iván N. (1), Cícero Andrés M.,
Ceccarelli Eduardo A., Lombardia Esteban

Actualización 13 de abril de 2020.

En este documento se tratan resumidamente los siguientes aspectos de la enfermedad:

- 1- Protocolo nacional para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento del paciente con COVID-19 (SARS-CoV-2)
- 2- Epidemiología, detección de COVID-19 (SARS-CoV-2), cuarentena y economía

Rev.1 - 04.2020

La presente revisión proviene del análisis de la literatura científica disponible, de la opinión de expertos y del estudio de la enfermedad. **Es una propuesta, no un protocolo de tratamiento.** La aplicación de cualquier procedimiento aquí descrito deberá ser realizada por un profesional de la medicina con la evaluación y consideración de cada caso y bajo su entera responsabilidad.

1 Propuesta de protocolo nacional para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento del paciente con COVID-19

La aplicación en **tiempo correcto** de medicación en infectados de COVID-19 puede resultar en una baja considerable del agravamiento de pacientes, y por lo tanto el manejo adecuado puede resultar en una alternativa importante para atemperar las condiciones de colapso de sistemas de salud.

La siguiente información tiene como objetivo identificar con mayor claridad las etapas de evolución de la enfermedad (TABLA 1) y abordar distintos tratamientos para cada fase, a fin de aumentar la efectividad de los mismos (TABLA 2).

Los tratamientos eficaces y masivos podrán llegar de la mano de la vacunación o de medicamentos antivirales eficientes que permitan bloquear el avance de COVID19 hacia estadios más graves (estadio 3).

La presente publicación intenta promover la reflexión de los especialistas de la salud para abordar el tratamiento de la enfermedad de los casos graves o evitar que estos se produzcan. Aún sin vacunas disponibles ni antivirales confiables, es posible bajar la mortalidad abordando correctamente el tratamiento de la enfermedad, promoviendo la capacitación de los profesionales de la salud y detectando de manera anticipada los marcadores de un pronóstico grave del paciente.

Un aspecto fundamental es el concepto de **tiempo**. En general los pacientes no acuden al centro de salud al detectar los síntomas o lo hacen tras algunos días luego que éstos se hayan iniciado. Los efectores de salud deben estar claramente capacitados en la sintomatología de la enfermedad ya que la experiencia es reciente y existen hallazgos novedosos en este sentido. Los síntomas son muy variados y pueden confundirse con otras enfermedades (desde casos asintomáticos hasta fiebre, dolor muscular, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, dolor intestinal, diarrea, tos, dolor de garganta, manchas en la piel y pérdida del olfato y el gusto). Muchos de estos síntomas pueden o no aparecer combinados.

Es así que el tiempo en detectar la enfermedad debe reducirse en la mayor medida posible a fin de anticipar el suministro farmacológico que impida el progreso a estados graves. Por esta razón, la detección de SARS-CoV-2 debe realizarse con la asistencia de kits de detección rápida en saliva y esputo simultáneamente.

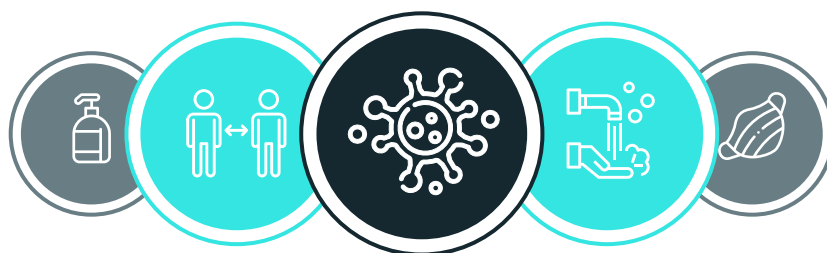
Aquí proponemos, en aquellos pacientes COVID-19 positivos o los sintomáticos sospechosos, un riguroso seguimiento de marcadores de progreso de la enfermedad hacia estados graves. La determinación de Proteína C Reactiva, Ferritina y Plaquetas deberían evaluarse cada 8 hs en estos pacientes. Así, el incremento sucesivo de 2 o 3 determinaciones de Ferritina y Proteína C Reactiva permitirían anticipar un progreso grave. Estos aumentos podrían ser acompañados de una reducción de los niveles de plaquetas.

Estos marcadores determinados en periodos de 8 hs advierten un mal pronóstico y si no se observa que la sintomatología del paciente mejore, se define así, un **Estadio de Alerta** que requiere de una rápida contención mediante la medicación, la cual se sugiere en la Tabla 2 de este escrito.

En aquellos casos que sea posible la determinación, medidas elevadas de IL-6 y Dímero D refuerzan diagnóstico de gravedad.

1A Propuesta de protocolo nacional de diagnóstico y seguimiento

A continuación, sugerimos una serie de síntomas y estudios bioquímicos que pueden ayudar al diagnóstico de infectados con SARS-CoV-2. Dadas las características de esta patología se han reportado una variedad muy grande de síntomas y desarrollos de la enfermedad, desde casos asintomáticas hasta evoluciones fulminantes. En todos los casos debe aplicarse el criterio médico con la mayor apertura, bajo el concepto que durante la epidemia es preferible errar asumiendo un caso positivo a dejar sin seguimiento a un falso negativo, que finalmente va a contagiar y que puede evolucionar a una patología grave.



RESÚMEN DE ETAPAS DE LA ENFERMEDAD, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

1
ESTADIO

2
ESTADIO

ESTADIO DE ALERTA FINAL ESTADIO 2

3
ESTADIO

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS	Malestar general, tos seca, fiebre, dolor de garganta.	Neumonía viral, tos, fiebre, hipoxia.		Distrés respiratorio agudo del adulto Síndrome de hiperinflamación sistémica.
OTROS SÍNTOMAS	Conjuntivitis, dolor muscular, vómitos, diarrea, pérdida del gusto y olfato.	Durante la hospitalización, la lesión cardíaca podría ser una condición común y se asocia con un mayor riesgo de mortalidad.		Hiperinflamación generalizada, similar a un síndrome de activación macrofágica. Síndrome antifosfolípidos. Micro-trombos.
DIAGNÓSTICO	PCR de muestra respiratoria IgG e IgM de SARS-CoV-2 Kits rápidos Inicio de imágenes de tórax.	PCR de muestra respiratoria. Radiografía de tórax o tomografía computarizada con infiltrados bilaterales.		Estado de empeoramiento más parámetros bioquímicos.
PARÁMETROS BIOQUÍMICOS	A veces linfopenia y neutrofilia. Función hepática alterada.	Los marcadores de la etapa 3 medidos en este periodo son indicadores de empeoramiento seguro del paciente.	Incremento de 2 o 3 det. sucesivas de Ferritina y Proteína C reactiva consecutiva cada 8 hs. Medidas elevadas de IL-6 y Dímero D refuerzan diagnóstico de gravedad.	Ferritina Proteína C reactiva Dímero D Todos significativamente elevados. Proteína C reactiva, NT-proBNP, y creatinina permitirían seguir la lesión cardíaca.
ESTUDIOS BIOQUÍMICOS AVANZADOS		Linfopenia		Linfopenia Biomarcadores de inflamación: Interleucina (IL)-2, IL-6, IL-7, IL-8 factor estimulante de colonias de granulocitos, proteína inflamatoria de macrófagos 1- α , factor de necrosis tumoral α . Si IL-6 no puede determinarse, es aceptable considerar los valores obtenidos por proteína C reactiva, dado que hay una buena correlación entre ellos.

Sobre la enfermedad y el diagnóstico

Los pacientes que acuden al hospital por disnea o con infiltrados en la radiografía suelen empeorar sistemáticamente de forma brusca tras 2-3 días de ingreso. Este empeoramiento es difícil de frenar. Por este motivo, creemos que hay que anticiparse y tratar de forma más intensiva desde los días previos.

Según numerosos estudiosos referenciados hasta el momento la falla respiratoria aguda podría ser la causa de mortalidad (ver detalle más abajo). Una de las posibles causas del SDRA, se postula que puede ser un síndrome de linfohistiocitosis hemofagocítica (haemophagocytic lymphohistiocytosis syndrome, sHLH). Las características cardinales del sHLH es un síndrome de hiperinflamación descontrolada con fiebre alta, citopenias, hiperferritemia y SDRA, con aumento de gran cantidad de citoquinas proinflamatorias. Algunas de esas citoquinas se pueden utilizar como predictores de mortalidad según trabajos de Wuhan, China así como niveles altos de ferritina e IL-6. Si IL-6 no puede determinarse debido al alto costo o la falta de disponibilidad de la determinación, es aceptable considerar los valores obtenidos por proteína C reactiva, dado que hay una buena correlación entre ellos.

Un seguimiento mínimo en el paciente internado debe ser mediante el llamado laboratorio de rutina, que debe constar de recuento de glóbulos blancos (RGB), linfocitos (L), monocitos (M), neutrófilos (N), aspartato aminotransferasa (AST), alanina aminotransferasa (ALT), urea (Ur), creatinina (Cr), ácido úrico (AcU), bilirrubina, glucosa (Gluc), proteína C reactiva (PCR), tiempo de protrombina (TP), tiempo de trombina (TT), tiempo parcial de tromboplastina activado (APPT), fibrinógeno (FB), procalcitonina (PC), interleuquina 6 (IL-6) -si fuera posible- y dímero D (DD).

Los principales predictores de progresión son la linfopenia (a expensas de CD4) y el aumento de dímero D o de la ferritina, aunque en el panel de marcadores hay que añadir PCR, LDH, CPK y troponina I.

Valores de dímero D de 1000 ng/mL y ferritina de 500 ng/mL se consideran excesivamente elevados y son señales de un mal pronóstico. Otros parámetros de laboratorio como linfocitopenia, leucocitosis, aumento de ALT, LDH, Troponina I ultrasensible, CPK, ferritinemia, IL-6, TP, creatinina y procalcitonina también se asocian a mayor mortalidad, aumento de urea y marcadores cardíacos. Durante la hospitalización, la lesión cardíaca podría ser una condición común y se asocia con un mayor riesgo de mortalidad, por lo que debe observarse a los pacientes en este aspecto. El COVID-19 produce per se una miocarditis viral.

La edad, un valor alto en SOFA Score (ver <https://bit.ly/SOFAscr>), y niveles mayores a 1 µg/ml de dímero pueden ser útiles para evaluar un mal pronóstico en etapas tempranas.

1B Propuesta de protocolo nacional para tratamiento del paciente

En este párrafo sugerimos una serie de medidas preventivas y de tratamiento que cuentan con evidencias de aplicación en diferentes sistemas de salud del mundo y en literatura científica actualizada. El tratamiento que ha sido recuadrado en la Tabla 2 se considera de fundamental importancia. La aplicación apropiada de dicho tratamiento puede tener un impacto fundamental en la disminución de la gravedad de los pacientes, en la disminución de secuelas y en el porcentaje de muertes. Es por eso que aconsejamos fuertemente el **chequeo continuo de marcadores** que indiquen el alcance del estadio de alerta en el paciente. Cuando más rápido se aplique la estrategia de tratamiento más probabilidades existen de recuperar el paciente.



RESÚMEN DE TRATAMIENTOS

0
ESTADIO
(PREVENTIVO)

1
ESTADIO

2
ESTADIO

ESTADIO
DE ALERTA
FINAL
ESTADIO 2

3
ESTADIO

TABLA 2

BCG	Sí, aconsejable siempre	Sí, aconsejable			
Sueros IgG de pacientes recuperados	Aconsejable bajo sospecha de infección	Sí	Sí		
Favipiravir (AVIGAN) en Fase II	Sí	Sí	Sí		
Remdesivir	sí	sí	sí		
Vitamina D (1)	Sí	Sí			
Hidroxiclороqui- na / Azitromicina		Ver abajo (*)	Ver abajo (*)		
Corticoides + antibiótico				Sí	Sí
Ciclosporina + antibiótico				Sí	Sí
Heparina de bajo peso mol.				Sí	Sí
Tocilizumab /Ruxolitinib				Sí	Sí

Remdesivir ha mostrado en pruebas clínicas iniciales resultados muy positivos aún en pacientes de gravedad, por lo que podría ser el antiviral con mayor efectividad en el corto plazo frente a SARS-CoV-2.

Si bien los corticoides han sido considerados pro-virales, en la actualidad, se sugiere iniciar corticoides (**metil prednisolona**, en pulsos) a todos los pacientes desde el alcance del “Estadio de Alerta”, situación que aparece en forma brusca y efectivamente muestra datos de activación macrofágica. Una vez que se alcanza el estado de alerta, la enorme ventaja terapéutica del corticoide supera las contraindicaciones de su uso en enfermedades virales.

El Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, UAM, Madrid, España, como algo muy innovador, propone iniciar inmunomodulación con ciclosporina (1,5 a 2,5 mg/kg/día) desde el primer día de ingreso a todos los pacientes que consienten. La selección de este fármaco se basa en su eficacia en pacientes con neumonitis de origen inflamatorio / autoinmune (en particular en los casos agudos que cursan con activación macrofágica) y también en su actividad antiviral. A pesar de que estos resultados son preliminares y no provienen de un estudio aleatorizado, doble ciego, comparativo y controlado, proponemos su utilización. Sin embargo, el tratamiento debe ser considerado con precaución y a cargo de un médico que evalúe cada caso.

Respecto al uso de **tocilizumab**, se administra como rescate a aquellos pacientes que tienen una $FiO_2 \geq 60$ a pesar del resto de medidas terapéuticas, con objeto de tratar de evitar la intubación. La elevación de IL-6 plasmática en los pacientes es muy variada y puede no servir de referencia (entre decenas y miles de unidades). También se administra por protocolo a los pacientes que ingresan directamente a la Unidad de Cuidados intensivos. No diferir mucho en caso de pacientes graves que precisen O₂ con alto flujo (por ejemplo) y sin techo terapéutico. También se debería determinar otras como TNF, IL-1 beta, e interferones, pero esto está fuera de las posibilidades actuales.

(*) En esta propuesta consideramos que la utilización de **Cloroquina o hidroxicloroquina** debiera ser cuidadosamente evaluada por los motivos que se detallan a continuación. La hidroxicloroquina o la cloroquina se están investigando en ensayos clínicos para la profilaxis previa o posterior a la exposición a la infección y el tratamiento de pacientes con COVID-19 leve, moderado y grave. Puede encontrarse más en COVID-19 (<https://clinicaltrials.gov/ct2/results?cond=COVID-19>). Al presente, las evidencias se han acumulado sobre su ineffectividad en muchos de los pacientes tratados. Además, debe utilizarse con sumo cuidado en pacientes con riesgos cardiovasculares con enzimas marcadoras de alteraciones cardíacas altas. La administración de estas drogas debe ser minuciosamente controlada. Dado que la administración de las mismas prolonga el intervalo QT en el electrocardiograma (ECG), con lo cual aumenta el riesgo de taquicardia y fibrilación ventricular (gravísimo). Esto implica efectuar un ECG antes del comienzo de la administración de las drogas y chequear 24-48 hs si se prolonga el QT lo cual lleva a modificar/suspender el tratamiento. A los efectos de seguir la administración de estas drogas, se puede consultar un gráfico indicativo de seguimiento del tratamiento según Mayo Clinic en la versión anterior de esta propuesta o en el siguiente trabajo: (<https://bit.ly/MayoCVD>).

Igualmente, la combinación de Lopinavir/Ritonavir en ensayos preliminares no han mostrado mejoras en el tratamiento de pacientes con COVID-19.

Extensa evidencia indica que la baja exposición solar produce bajo niveles de vitamina D y esto tendría impacto en distintos tipos de respuesta inmunológica. Numerosos estudios recientemente publicados, proponen a la **vitamina D** como un potente antiinflamatorio y antiviral. Se sabe que la mayoría de las células del sistema inmune, entre las que se incluyen Linfocitos B y T, neutrófilos, macrófagos, células dendríticas, poseen receptor para esta hormona pleiotrópica. Los niveles óptimos de vitamina D contribuirían como una llave de inmunoregulación en infecciones virales, controlando el exceso de las respuestas a citoquinas, lo que sucede luego de la infección con algunos virus.

Según los hallazgos expuestos hasta ahora, la suplementación con vitamina D puede ser prometedora en muchas enfermedades caracterizadas por inflamación. Para obtener efectos inmunomoduladores *in vitro* se requieren concentraciones locales de $1,25(\text{OH})_2\text{D}_3$ de aproximadamente 10^{-10} M. Para lograr tales concentraciones *in vivo* se requieren dosis suprafisiológicas de $1,25(\text{OH})_2\text{D}_3$, que están asociadas con el riesgo no deseado de hipercalcemia. En consecuencia, las nuevas estrategias terapéuticas apuntan hacia análogos de la vitamina D que no inducen hipercalcemia, que puede ejercer una actividad inmunomoduladora considerable a dosis no hipercalcémicas y puede tener potencial terapéutico para trastornos inmunes o rechazo de trasplante.

Luciano Gattinoni, anestesiólogo, profesor en Anestesiología y cuidados intensivos en la universidad de Göttingen, Alemania es una de las voces que sugieren un abordaje diferente. En una carta al editor que envió y fue publicada el 30 de marzo al American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine advierte que el síndrome de distrés respiratorio agudo que se presenta en los pacientes con COVID-19 tiene características atípicas. Aquí, a pesar de la severa hipoxemia, se encuentra preservada la mecánica pulmonar, con una compliance casi normal en la etapa de inicio. Algunos datos recientes, aún no publicados, sugerirían que algunas proteínas de SARS-CoV-2 se unirían a partes estructurales de la hemoglobina, provocando que afecte el intercambio gaseoso.

Por lo expuesto el Dr Gatinotti sugiere considerar el menor nivel de PEEP (positive end-expiratory pressure) y un protocolo menos agresivo de ventilación mecánica, con el fin de limitar el daño inducido a los pulmones. Esto se halla en directa controversia con lo sugerido en la última actualización de Campaña para sobrevivir a la sepsis, que recomienda aplicar los cuidados estándar de ventilación a estos pacientes.

Estos datos deben ser considerados en los nuevos protocolos que permitan definir el tratamiento. En este aspecto, también se debe estudiar la fisiopatogenia del daño pulmonar causado por el SARS-CoV-2 en los pulmones, que parece ser muy diferente al de otras neumonías virales graves. En este sentido, el nivel de PEEP debería ser estrechamente monitoreado, con un correlato de los datos bioquímicos.

2 Epidemiología, Detección de SARS-CoV-2 , Cuarentena y Economía

Argentina mediante el DNU 297/2020 ha promovido el aislamiento social y preventivo en toda la república Argentina, limitando la circulación de los habitantes del país. También limitó la entrada de personas desde el extranjero cerrando las fronteras y aeropuertos internacionales.

El objetivo de este aislamiento es disminuir contagios del COVID-19 por circulación interna. De esta manera se intentó resguardar a la población de riesgo y al mismo tiempo, permitir la adecuación del sistema sanitario argentino para incrementar la capacidad de atención de pacientes infectados graves. De esta manera se previene la saturación del sistema sanitario, principal causa de muerte actualmente en países como Italia, España y Estados Unidos.

Definir una estrategia desde el punto de vista epidemiológico que se encuentre alineada a las tecnologías de diagnóstico disponibles es clave en el éxito de esta lucha. Esto resultará en una menor mortalidad y en una reactivación económica pronta con menores costos en salud. Es decir, las excelentes y anticipadas decisiones en establecer una cuarentena deben ser ahora parte de un plan estratégico que permita la flexibilización de la misma con un serio control de diagnóstico.

Liberar de la cuarentena a grupos de personas que han transitado la enfermedad y poseen anticuerpos, seguido de los grupos de menor riesgo, será lo que permita comenzar a reactivar la economía y la producción, conservando la seguridad de los grupos de riesgo para etapas posteriores. La población inmunizada bloquea la transmisión de la enfermedad reduciendo el riesgo de infección a la población más vulnerable. Asimismo, este proceso dará tiempo para poner a punto un eficiente tratamiento de los pacientes graves reduciendo significativamente la mortalidad de esta enfermedad.

La estrategia que proponemos en esta comunicación, consiste en mantener el aislamiento (cuarentena) de las personas de riesgo y mediante kits de diagnóstico masivos, detectar anticuerpos en aquellas personas que han transitado la enfermedad (personas curadas y los casos asintomáticos) para permitir que inicien sus actividades laborales y productivas.

La utilización de kits de diagnóstico rápido propuestos en esta estrategia consiste en dos tipos diferentes: tests rápidos serológicos (muestras de sangre) para identificar a la población con anticuerpos y por otro lado, tests moleculares (muestras de saliva y esputo) para determinar la carga viral e identificar personas infectadas que atraviesan la enfermedad.

Cabe destacar que debido a los últimos hallazgos en los que se han observado pacientes infectados con detección viral negativa en saliva, es recomendable que la detección se realice sobre una muestra de saliva y esputo. Se ha observado una detección negativa en saliva aún en pacientes con síntomas iniciales. Esto sugiere una infección directa de vías respiratorias bajas o una migración del foco infeccioso. Además, los kits serológicos para detección de personas sanas poseen un porcentaje indeseable de falsos negativos inherentes a la metodología. De todos modos esto no pone en riesgo al grupo de personas de bajo riesgo que se han curado.

Esta estrategia, basada en el análisis masivo, podría ser indicado a través de la CREACION DE UN PASAPORTE COVID, que permita a aquellos individuos que ya no pueden contraer la enfermedad ni transmitirla moverse libremente.

MEDIDAS MÁS RELEVANTES PARA SUPERAR ESTA SITUACIÓN

01

PROMOVER EL USO DE BARBIJOS Y OTRA PROTECCIONES.

De ser posible, el mismo debe ser obligatorio. Debe entrenarse en el uso de barbijo para que estos no sean contraproducentes. También aconsejar la protección en ojos, atarse el pelo, aislar la ropa que se use en el exterior y no usarla dentro de la casa.

02

MECANISMOS DE HIGIENE Y DESINFECCIÓN.

De manera simple y directa debe instruirse a la población de prácticas de higiene y desinfección, no solo de lavado de manos, sino también de calzado, del ingreso de elementos a sus domicilios, etiqueta respiratoria, limpieza y desinfección ambiental, así como la importancia de mantener distancia y evitar el contacto cercano y sin protección con personas con fiebre o síntomas respiratorios. El sistema público debe promover la limpieza con líquidos apropiados los lugares comunes. El virus es sensible a varios productos químicos y también a la luz ultra violeta, que puede emplearse para limpieza de habitaciones, pasillos, ascensores, salas de espera, transporte público, etc. El costo de la construcción de equipos UV es relativamente económica.

03

TODAS LAS PERSONAS CON SINTOMAS RESPIRATORIOS DEBEN SER AISLADOS.

Dada la demora en la obtención de resultados y propagación rápida del virus, en estos momentos cualquier persona que presente síntomas de una infección respiratoria, aún aquellos leves, deben ser aislados de manera estricta. Hay que tener en cuenta que entre 8 a 10 días posterior a la infección o contagio muchos podrían no dar positivos por hisopado de vías aéreas y solo se detectaría el virus en materia fecal o en esputo.

04

REALIZAR LA MAYOR CANTIDAD DE TEST POSIBLES DE INFECCION.

Se necesita determinar la mayor cantidad posible de infectados. Se pueden inicialmente utilizar las técnicas de PCR disponible. Se debe buscar la manera de producir los insumos para estos métodos. También es esencial desarrollar, en el corto plazo, sistemas que permitan la detección del ARN viral en forma rápida. Dada la imposibilidad de test masivos se tienen que evaluar detalladamente las prioridades para realizar las detecciones.

05

REALIZAR LA MAYOR CANTIDAD DE TEST POSIBLES DE ANTICUERPOS.

Medir los niveles de anticuerpos permitiría saber quienes ya han padecido la enfermedad, y si el virus es indetectable serían, por el momento individuos que podrían romper la cuarentena y regresar a sus actividades manteniendo cuidados de aislamiento. Al presente no se sabe la duración ni la intensidad de la respuesta, por lo que será necesario realizar una evaluación continua de la medida.

06

AISLAMIENTO DE PERSONAS DE RIESGO.

Esto genera un efecto directo en la disminución de casos fatales. Todos los aislados, si comparan espacios, deben ser chequeados inicialmente. Quienes interaccionen con ellos deben estar chequeados. Cualquier portador asintomático o enfermo debe ser aislado inmediatamente. Los individuos recuperados pueden, en principio, comenzar con sus actividades. Igualmente, todos deben usar sistemas de aislamiento estricto con trajes, mascararas, cubiertas faciales.

07

CHEQUEO DE TODO EL PERSONAL MÉDICO.

En los centros de salud se debe chequear a todo el personal tanto para el virus como para anticuerpos. Esto asegura que no sean los mismos sistemas de salud los dispersores del virus o víctimas de la infección.

08

CHEQUEO DE PERSONAS CON ALTA PROBABILIDAD DE DISTRIBUCIÓN VIRAL.

Se debe tratar de chequear aquellas personas que tienen contacto frecuente con muchas personas, por ejemplo, conductores del transporte públicos, farmacéuticos, expendedores de alimentos, policías, distribuidores de encomiendas, empleados de supermercados.

09

OPTIMIZAR EL SISTEMA DE ATENCIÓN TELEFÓNICA EVITANDO QUE LA GENTE VAYA A SERVICIOS DE SALUD.

Debe impedirse que la gente con síntomas suaves o moderados se acerque y sean hospitalizados innecesariamente. En muchos casos son agentes de transmisión o se someten a mayor contacto viral. Para eso debe optimizarse el diagnóstico telefónico y la asistencia domiciliaria.

10

ESTABLECER ZONAS DE CUARENTENA ESTRICTA.

Si se detecta una zona, edificio, empresa o grupo de individuos donde se observó circulación viral debe someterse al grupo a cuarentena estricta absoluta, para lo cual se deberá proveer de los medios mínimos para que este grupo de personas pueda cumplir la restricción.

11

PROVEER INFORMACIÓN ACTUALIZADA AL PERSONAL MEDICO DE CÓMO PROCEDER CON LOS PACIENTES.

En estos momentos el personal médico, de enfermería y de soporte (mucamas, conductores camilleros), etc., no puede ocuparse de la obtención de información sobre procedimientos, la que debe ser generada fuera de ese entorno y ser provista como ayuda de trabajo en forma regular.



ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA SALIDA DE LA CUARENTENA

La posibilidad de salir de la cuarentena en forma total es, al momento, impracticable y sumamente riesgosa.

De lo expuesto más arriba y del análisis de la situación pueden plantearse algunas medidas que posibilitarían la apertura paulatina.

01

REALIZAR UNA APERTURA PARCIAL

Paulatinamente permitir a individuos que, bajo un estricto control de actividades y de manera restringida, se reintegren a la vida laboral.

02

MANTENER LA CUARENTENA EN LAS ACTIVIDADES DE ALTO DIFUSION VIRAL

Espectáculos públicos, aglomeraciones, centros de atención, oficinas administrativas de acceso público.

03

MONITOREAR CONTINUAMENTE EL NÚMERO DE INDIVIDUOS HOSPITALIZADOS.

Esto es un indicador alternativo que puede dar información sobre si puede liberarse más o debe restringirse más la cuarentena.

04

CONTINUAR CON UNA CUARENTENA ESTRICTA A LAS PERSONAS DE RIESGO

05

ESTABLECER CUARENTENA ESTRICTA PARA CUALQUIER SOSPECHOSO DE INFECCIÓN, INDEPENDIEMENTE DE LA VERIFICACIÓN POR BIOLOGÍA MOLECULAR

06

ESTABLECER UN GRUPO DE INDIVIDUOS FUERA DE LA CUARENTENA

Mediante el Pasaporte COVID ir incrementando las personas de movimiento libre.

07

POSIBILITAR QUE LOS EMPRESAS O INDIVIDUOS OBTENGAN EL PASAPORTE COVID

Aquellos que deseen obtener el pasaporte porque posean sospechas de haber superado la infección, pueden cubrir los costos de la determinación viral y de anticuerpos y así volver al trabajo cotidiano en la empresa. Esto incrementaría la fuerza laboral de empresas no excluidas de la cuarentena pudiendo comenzar a producir. Esto sería válido para los negocios también. Esto deberá ser verificado con el transcurso del tiempo y la acumulación de información sobre la protección inmunológica adquirida y su duración luego de la infección.

(1) LABOATEM, Cátedra de Química Biológica, Fac. Cs. Médicas UNR