



Sendero Crítico de Decisión
para **monitoreo** y
tratamiento de **pacientes**
COVID-19 Leve –
Moderado – Grave.



Ministerio de
SALUD
Gobierno de Entre Ríos



Sendero Crítico de Decisión para monitoreo y tratamiento de pacientes COVID-19 Leve – Moderado – Grave.

A cargo del Dr. Carlos Bantar. Director del Hospital San Martín, Paraná, Entre Ríos.
Incluye la intervención de la Ministra de Salud, Sonia Velázquez al cierre de la videoconferencia.

Jueves 3 de Setiembre de 2020. Modalidad virtual.

Desgrabación realizada por el equipo de trabajo de la Dirección de Ciencia y Tecnología, Ministerio de Salud de Entre Ríos.

Revisión y corrección: Dr. Carlos Bantar.

Dr. Carlos Bantar: De las condiciones ideales con las que estábamos trabajando hace tres semanas, con un flujo de pacientes manejables, hospitales estabilizados, con recursos no infectados y demás, hoy es una realidad diferente donde hay un gran flujo de pacientes que pueden llegar a los distintos niveles como pacientes leves o pacientes moderados que requieren hisopado. Digo esto porque hay que empezar a plantear qué es leve y qué no es tan leve en la atención de estos pacientes desde su ingreso. Incluso esto implica un abordaje desde el punto de vista médico, de algunas confusiones que hay para categorizar al paciente como leve, moderado o severo que, conlleva también imprimir una atención racional en el hospital y en atención primaria. Ustedes recuerdan que el primer sustento que existía en la contingencia del virus era internar a todos los pacientes que fuera posible para poder mitigar la fase. Hoy esa situación en Paraná, en Gualeguaychú, no existe más. Pero va a empezar tal vez, esperemos que no, a rebalsar en los lugares donde ustedes están. Entonces aquellos que tienen que seguir internando pacientes leves para poder en su lugar seguir conteniendo esa transmisión y que no pase ni a conglomerado, ni a fase comunitaria, van a tener que tener un concepto de seguimiento que es diferente de los otros que tienen algunos pacientes moderados a severos que van a empezar a aparecer cuando aumente el número total.

Entonces, el primer concepto por el que me interesaría que empecemos es por la llegada de los pacientes que no vienen en una ambulancia requiriendo atención crítica, sino aquellos que vienen a los sitios de atención inicial. Repetir, aunque esto parezca obvio, el concepto que hoy, todo paciente que se presente con síntomas respiratorios sigue siendo coronavirus hasta que se demuestre lo contrario. Y no minimizar, ni la rinorrea, ni la odinofagia leve. En todo caso, es tal vez la odinofagia aislada sin fiebre la que hoy requiere que uno indique en ese paciente un aislamiento por 24 o 48 hs., para ver si no evoluciona a otro síntoma, si no suma otros síntomas que amerite hisopar a ese paciente. Esto que les digo es fundamental. Con los cambios de tiempo y demás la odinofagia leve se confunde. Tal vez por un día la tiene el paciente al levantarse y después no se recibe de nada. ¿Cuál es el signo de alarma que nosotros tenemos hoy con respecto al síntoma del paciente y que debe preguntarse siempre?: el decaimiento. Y el decaimiento, a veces, no lo relata el paciente espontáneamente. Cuando el paciente dice que le duele la garganta por

ejemplo, lo que hay que preguntarle es si no se sintió raro, si no se sintió el día anterior un poco más decaído que lo habitual. Porque si el decaimiento precede a la odinofagia es casi seguro que ese paciente va a desarrollar algún otro síntoma. Entonces el primer concepto es, no existe más eso de no hisopar y mandar a la persona 72 hs a la casa. Si el paciente tiene fiebre y ustedes sospechan que puede ser coronavirus, es decir que no tiene infección urinaria o que no tiene otra cuestión que le de fiebre, tienen que pensar que ese paciente está para hisopar aunque les diga que hizo fiebre el día anterior. Cuando el paciente tiene fiebre, tiene virus detectable. No lo manden a la casa a que espere 24 o 72 hs. porque les dijo que empezó con fiebre ayer. Seguramente si tiene fiebre, sintió decaimiento el día anterior y algo de odinofagia y mialgia que no detectó. No olvidemos la diarrea. Paciente que tiene diarrea más fiebre. Excepto que ustedes tengan muy en claro el proceso de una gastroenteritis, que comienza con un dolor epigástrico que no calma con nada el primer día, que dura entre 12 y 24 hs., la fiebre no dura más que unas 12 a 18 hs. Y esa fiebre y epigastralgia que se recibe de diarrea en el 60% de los casos, ahí pueden tomarse la licencia de pensar que eso es una gastroenteritis aunque den los signos de alarma. Todo lo que les comento está basado en los casos que se nos presentan todos los días. Cien pacientes por día relatando síntomas y demás. Es fundamental para que no se nos pase, esto que parece demasiado detallado, creo que es la línea que hay que bajar en aquellos que están atendiendo en la forma de atención primaria. ¿Por qué digo esto? porque el segundo caso es la examinación, la costo-eficacia de examinar a un paciente.

En la examinación del paciente empieza la primera confusión. Ahora vamos al paciente que viene con tos, fiebre, donde se sospecha ya el cuadro respiratorio. Cuando tengan muchos pacientes o aun cuando tengan poco recurso humano, es fundamental optimizar la examinación física. En un paciente que está bien, observar la franja etérea que está viniendo, si ustedes ven que son pacientes jóvenes, en general sin factores de riesgo. Y la verdad que examinar y auscultar a todos esos pacientes, además de no ser útil para detectar lo que queremos detectar, que es la infección por coronavirus, lleva a una gran confusión. La confusión de poder rotular la gravedad del paciente con coronavirus de manera incorrecta desde el punto de vista del manejo. Es decir, la mayoría dice que los pacientes tienen neumonía por coronavirus. Si hicieran una tomografía a casi todos los pacientes, virtualmente una gran parte va a tener una neumonía por coronavirus por en algún momento de su evolución. Todas las tomografías les van a dar esa imagen característica, aún en presencia de hisopado negativo, a veces hasta precede el hisopado. Entonces, si ponen un estetoscopio, otra cosa que hemos aprendido, es que estos pacientes tienen rales crepitantes, rales húmedos que no significan una neumonía bacteriana. Esto se los marco con especial atención porque lleva a que todos esos pacientes reciban antibióticos, y la infección concomitante bacteriana por coronavirus no supera el 0,4% en la comunidad. Es más frecuente en el paciente internado en terapia por tiempo prolongado. Pero estos otros pacientes no tienen una infección bacteriana, no tienen una neumonía adquirida en la comunidad que requiera antibióticos. Si ustedes se guían por los rales crepitantes de la medicina del 2019 hacia atrás, significaba que se hacía una radiografía de torax y se encontraba esa opacidad lobar y se actuaba en consecuencia, porque por definición, más tos productiva, eso era una neumonía bacteriana adquirida en la



comunidad y eso requería antibióticos. Eso acá va a ser la excepción y eso va a determinar que estos pacientes no necesiten una radiografía. Nosotros hacemos muy pocas radiografías porque no nos cambia la conducta y porque estos pacientes, casi todos, tienen coronavirus. Pueden tener rales crepitantes y no requieren una radiografía. Simplemente hay que mirar la saturación de oxígeno y la frecuencia respiratoria de ese paciente. La frecuencia respiratoria aumentada en un paciente joven nos va a indicar que le tenemos que poner un estetoscopio para ver si tiene sibilancias, es decir si tiene rales secos, que nos indican que ese paciente puede ser asmático o hiperreactivo bronquial y puede requerir una salva de salbutamol, independientemente de que tenga o no coronavirus y eso es un criterio de internación. Entonces, esas son las cosas a las que se debe prestar atención. A esos pacientes hay que ponerles un estetoscopio y hay que ver si tienen sibilancias. Y los pacientes que tienen una frecuencia respiratoria aumentada y una saturación menor del 94%, son los que nos deben llamar la atención y en los que debemos pensar en internar para observar. Independientemente que tengan o no factores de riesgo.

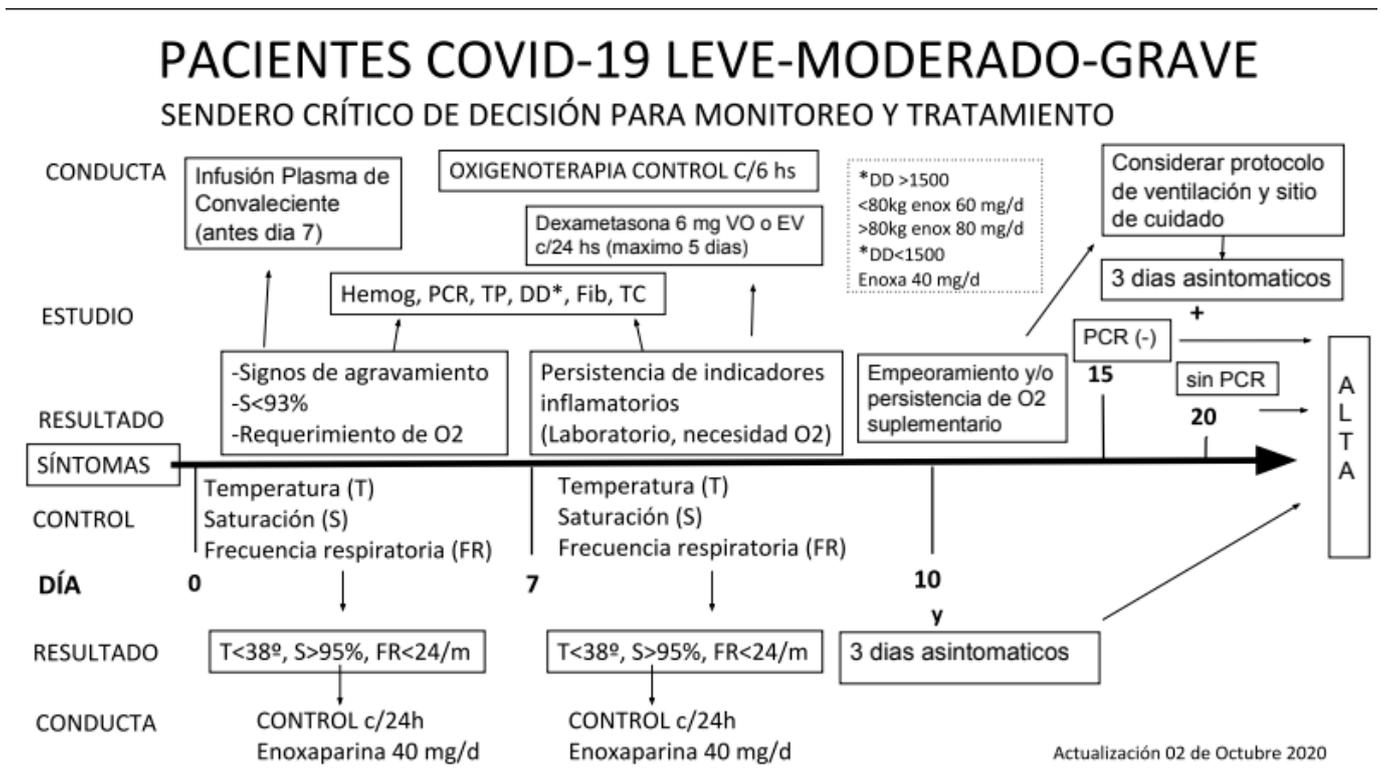
¿Quiénes se complican? Se complican los diabéticos y los que tienen sobrepeso, no necesariamente los obesos. Los que tienen sobrepeso, un índice de masa corporal mayor de 30, son pacientes que aunque sean jóvenes los vemos complicarse. Y no necesariamente un diabético insulino dependiente o insulino requiriente se nos va a complicar, también los que reciben hipoglucemiantes orales. Así que en la admisión del paciente, esas son las condiciones fundamentales a las que uno debe prestar atención y poder optimizar el tiempo. El laboratorio, que es otra cosa que siempre se pide, se puede obviar en todos estos pacientes. El laboratorio no nos va a indicar nada relevante en esta instancia, no va a cambiar ninguna conducta en la admisión del paciente, entonces no gastemos en el laboratorio. No se olviden que esto es más tiempo en el lugar y mayor gasto de elementos de autoprotección para no cambiar ninguna conducta. Por eso cuando digo que lo mejor es enemigo de lo bueno, estoy diciendo que hay que mitigar la curiosidad que uno siente, pero realmente esta patología reemplaza a todo lo demás en los pacientes sanos y nosotros hemos visto que en esta instancia de la consulta no cambia ninguna conducta. Por lo tanto, hay que tratar de ser costo-efectivo en eso porque tenemos pocos recursos y porque el tiempo hay que ponerlo específicamente en la atención de estos pacientes.

Participante: Los pacientes que colocamos aislados que tienen bajo riesgo. Tenemos muchos pacientes de bajo riesgo aislados porque en la casa no se pueden aislar, no tienen las condiciones adecuadas y viven cuatro o cinco en el mismo lugar. Actualmente los estamos viendo todos los días, como un paciente internado. ¿Qué opina respecto del control de esos pacientes, con qué frecuencia tenemos que verlos? Porque nosotros también tenemos un riesgo y minimizar los riesgos es algo importante también. Y no es necesario exponerse a ver esos pacientes que no tienen ninguna clase de riesgo. Hoy le dimos el alta a dos jóvenes que no tuvieron nunca riesgo, estuvieron excelente y fui a verlos todos los días. Otra pregunta, nosotros tenemos pacientes de riesgo. Hicimos un protocolo en nuestro hospital donde el paciente que tiene factores de riesgo por edad o por ejemplo diabetes le pedimos el hemograma y vemos la leucopenia, si tiene menos de 1100



leucocitos le ponemos el anticoagulante. No sé si estamos haciendo bien, nos fue bien con eso.

El siguiente esquema se visualiza en la pantalla del expositor:



Dr. Carlos Bantar: Esto es una línea de tiempo en la evolución de un paciente que se interna, que puede o no ser de riesgo. Es una línea de tiempo porque lo que hoy usamos justamente para optimizar la atención es un concepto que se llama Sendero crítico de decisión. Aparece en el manejo de muchas patologías a mediados de la década del '90. Significa llegar al mejor resultado con el menor costo y en el menor tiempo posible. Es diferente a un algoritmo porque el sendero crítico de decisión implica que uno hace exactamente una medición. Llega siempre a una encrucijada donde la observación, orienta hacia un lado inexorablemente, y se tiene que tomar una decisión. Es decir, uno realiza aquellas acciones que exclusivamente van a implicar un cambio de conducta. Esto también parece obvio pero les puedo poner miles de ejemplos. La radiografía seriada en todos los pacientes de terapia intensiva todos los días que rara vez cambian una conducta; los análisis seriados de todos los pacientes internados que nunca cambian ninguna conducta. Acá, cada acción no sólo implica un costo en recurso humano, sino que implica un desafío de infección del personal de salud, entonces se tiene que minimizar la intervención todo lo posible con la mayor seguridad posible.

Ustedes reconocen los síntomas del paciente, lo internan y ese paciente puede haber venido por cualquiera de esos síntomas. ¿Qué tenemos que mirar nosotros en estas personas? Solo tres cosas, sobre todo en los pacientes leves: temperatura - que se le puede dar el termómetro para que el paciente se la tome o usar el termómetro láser -, la saturación de oxígeno, y la frecuencia respiratoria. Si todo esto está bien, es decir, si la frecuencia respiratoria es menor de 24/min, si la saturación de oxígeno es mayor de 95% y si la temperatura es menor de 38°C, este paciente se puede controlar cada 24 h, desde el punto de vista de enfermería. Solamente con estos signos vitales. Si me dicen, bueno, tal vez es un paciente hipertenso, le tomo la presión. En estas circunstancias, un paciente hipertenso, excepto que tenga algún signo de hipotensión, va a ser muy difícil que haga una hipertensión mayor de 210 mmHg de presión sistólica o mayor de 120 mmHg de diastólica que amerite que uno haga una intervención para bajarle la presión, es decir, que la disminución de la presión sea una emergencia y que toque un órgano blanco. Es muy difícil en un paciente que no tiene factores de riesgo que eso ocurra. Si toman la presión seguramente van a tener registros de hipertensión grado dos o grado uno en el paciente que es habitualmente hipertenso y viene con su medicación. Pero no va a cambiar ninguna conducta, ustedes no van a reajustar una medicación de base en un paciente hipertenso. ¿Y por qué digo esto? Porque ya el hecho de tomarle la presión al paciente implica un contacto directo del enfermero o del médico con el paciente, lo mismo que la auscultación, y un costo enorme diario en elementos de autoprotección que no cambian ninguna conducta. Por lo tanto lo que nosotros hacemos es controlar estos signos vitales en estos pacientes, y vemos esta situación.

En relación a la anticoagulación, mejor dicho la profilaxis con enoxaparina, salió un artículo reciente, en la revista Medicina, por la gente del CEMIC de Buenos Aires. Se publicó una propuesta y una guía para valorar factores de riesgo en los pacientes que requieren profilaxis pretrombótica con heparina de bajo peso molecular. La postración es uno de los factores de riesgo para dar una profilaxis de bajo grado, dígame 40 mg. por día de enoxaparina. Podríamos optar por hacer un control de dímero D y de un montón de cosas que podrían guiar, ya vamos a hablar más adelante, el cambio de la dosis de profilaxis. Pero como tenemos tantos pacientes, en este momento 50 internados, admitimos que todos esos pacientes están en una situación de postración prolongada, son pacientes todos con factores de riesgo y generalmente postrados en una habitación donde no pueden caminar. Por lo tanto, nos parece mucho más costoefectivo, darles a todos estos pacientes enoxaparina en una dosis profiláctica de 40 mg. ¿Por qué hacemos esto?, porque además de la postración, la situación procoagulante, está cada vez más demostrada en los pacientes con Covid19. Así que, como hemos tenido algún episodio y toda la literatura de trombosis, ya sea trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar, nosotros le damos esa profilaxis. De todas maneras, es bueno que les mencione que un meta análisis reciente muestra que los pacientes pueden hacer trombosis aun estando bajo dosis profilácticas correctas, así que tampoco mucha euforia, ni mucha tranquilidad. Y si el paciente le manifiesta un dolor en la pierna, sobre todo en la zona poplítea, no lo minimicen porque esto puede ocurrir aún con dosis adecuada de profilaxis con enoxaparina.



Cuando la temperatura es mayor de 38°C, sólo damos paracetamol. Cuando la saturación es menor de 92 o la frecuencia respiratoria es mayor de 24/min, sabemos que a ese paciente no le va a ir bien, o por lo menos se va a empezar a alejar de la media. Ahí pedimos laboratorio, hemograma, PCR, fibrinógeno, que pueden obviarlo, dímero D y le hacemos una tomografía computada. Recién ahí hacemos eso. Ustedes pueden obviar la tomografía pero pueden tener el hemograma y PCR tienen todos al alcance, ¿verdad?, pero dímero D, ¿no?

Participante: no!, para nada. Por eso, usábamos, porque hemos visto en una bibliografía de clínica médica que los leucocitos que para nosotros es muy importante y lo hemos hecho y la verdad nos dio un resultado bárbaro, no sé si fue casualidad, tenemos que empezar a ponerlo en otros casos, lo que yo le estaba diciendo los linfocitos absolutos.

Dr. Carlos Bantar: Los linfocitos absolutos cuando están bajos, en esta patología, lo están a expensas de de los linfocitos cd4 en primera instancia, cd8 en segunda instancia y cd17 en una tercera instancia, que es una vía alternativa por la cual el virus genera esa respuesta inflamatoria desde el punto de vista de inmunidad celular. Son indicadores que a un paciente le va a ir mal, pero no son indicadores de la chance que tiene el paciente de hacer la forma de distrés respiratorio, que es la forma microembólica. Esto es un distrés respiratorio con alta compliancia, es distinto al distrés respiratorio clásico, que es un pulmón rígido. Entonces, la anticoagulación o el rango en general de lo que uno llama una profilaxis intermedia es una profilaxis que está entre anticoagulación y profilaxis que se le da a estos pacientes, qué es aumentar a 80 mg. aproximadamente la dosis de enoxaparina en los mayores de 80 kg. o de 60 mg. en aquellos que pesan menos de 80 kg. Esa dosis intermedia se la damos porque en esos pacientes, como les dije, que empiezan a bajar la saturación y que aumentan la frecuencia respiratoria, estimamos que esa anticoagulación inicial puede evitar el primer pasaje, la primera forma de distrés respiratorio microembólica, entonces, esa es la razón por cual nos basamos en realidad en el dímero D, y eso está demostrado en varios trabajos y está sugerido, mejor dicho, que cuando el dímero D es mayor de 1500 uno va hacia esa anticoagulación intermedia. Es decir, concretamente ustedes no tienen dímero D, no hay manera de saberlo, pero yo les diría que pueden intentar tener la dosis en pacientes que tienen un riesgo, pueden intentar catalogar el riesgo. Si el paciente es obeso, por ejemplo, que es otro de los factores de riesgo, si tiene obesidad, si tiene antecedentes de haber tenido trombosis y si va a tener un grado de postración que ustedes ven que no se va a levantar, en esos pacientes solo escalar a un aumento de la dosis de enoxaparina si tiene esos factores de riesgo, y si tiene una saturación menor del 92 % o tiene una frecuencia respiratoria aumentada.

Fíjense que en esa línea de tiempo, eso lo van a ver entre los 0 y los 7 días. Los pacientes que antes de ese tiempo empiezan a hacer esa complicación es porque casi seguro tiene una fecha de inicio de los síntomas distinta a las que ustedes creen. Esos son pacientes evolucionados que por lo menos llevan 7 días de evolución y no han registrado los síntomas antes y ustedes creen que están parados en el tercer o segundo día porque es el día en que lo hisoparon y lo internaron. Pero el secreto de esta patología, por eso hablamos de línea de tiempo, es saber en qué parte de la infección están parados, porque es en esta fase en

donde uno, tal vez ustedes no lo estén haciendo, pero si lo piensan hacer o si esto podría ser una terapia, estos pacientes que están en esta situación donde baja la saturación de oxígeno, donde están con una frecuencia respiratoria elevada y sostenida, estos pacientes son candidatos al plasma. Y este también es un concepto nuevo, es un concepto que aparece aproximadamente hace una semana o hace 10 días. En uno de los mejores estudios controlados de plasma de convaleciente, un estudio se tuvo que suspender en 86 pacientes, quería ingresar 258 pacientes, pero al paciente número 86 lo suspendieron porque no había beneficio cuando le hacen el plasma a los 10 días como está en la mayoría de los protocolos. A los 10 días es tarde para pasar plasma y uno debería considerarlo en pacientes que les va como les estoy diciendo acá arriba (señala el gráfico) con una saturación baja y con una frecuencia respiratoria aumentada, esos son candidatos a recibir plasma si es que terminamos demostrando que el plasma sirve para algo o no. Se acaban de difundir los resultados del estudio Argentino multicéntrico, mostrando resultados nulos, pero justamente, el tiempo de administración no fue ajustado en este estudio.

Participante: Antes que entre la cascada de citoquina, o sea del 7 al 10, nosotros tenemos una historia clínica, una mnemotecnica para saber los días del cursado de síntomas, les damos más importancia a los síntomas que al hisopado o al positivo. Nosotros tenemos días de síntomas

Dr. Carlos Bantar: Exactamente. En realidad, es de acuerdo al día de inicio de síntomas. El problema es establecer en estos pacientes ese día porque lo minimizan. Por ejemplo, en la literatura la anosmia está descrita como un síntoma de presentación y en nuestra experiencia sabemos que la anosmia es un síntoma evolutivo y aparece en el tercer o quinto día. Cuando interrogas a esos pacientes, ya sintieron algo entre el tercer y quinto día y es más, cuando los hisopas por anosmia hay muchos falsos negativos, porque la infección está evolucionada y muchos pacientes al quinto día pueden tener carga no detectable. Es decir que es muy importante que el inicio de los síntomas sea confiable. En esta línea de tiempo lo que dice al costado es síntoma, nos basamos en los síntomas, el problema es prever cuando empezó con los síntomas según el relato del paciente. De todas maneras, si los síntomas son confiables en esta línea de tiempo, lo que uno tiene que tener en cuenta es justamente lo que usted dice. En esa parte está el desafío antigénico que hay que bloquear con el plasma, por eso darlo a los 10 días no tiene sentido y lo que hay que hacer para evitar la inflamación por lo menos hipotéticamente, es bloquear el desafío antigénico y bloquear el virus con los anticuerpos neutralizantes. Entonces, acá podríamos infundir plasma. Es importante esto que les voy a mostrar a partir del día 7. Cuando se presenta esta persistencia o necesidad de oxígeno más allá del día 7, con aumento de la frecuencia respiratoria o cuando hay reaparición de fiebre que es frecuente, hay que empezar a pensar en una reactivación de la fase inflamatoria. Acá ya no hay tanto virus, y estamos yendo hacia esa fase inflamatoria, aunque el virus ya pasó en gran medida y ahí estamos usando dexametasona, 6 mg. y con esto sí que nos va bien. Nos acorta muchísimo el periodo de requerimiento de oxígeno. ¿Por qué no dar antes los corticoides? pues porque está demostrado que los corticoides en la fase de excreción viral aumentan su de excreción. Y por lo tanto nos modifican, incluso, los criterios de alta que tenemos hoy, que son a los diez días sin PCR, porque asumimos que a los diez días no está excretando más virus viable,



pues si le damos corticoides en la fase donde el virus todavía está en una gran carga y aumentamos el periodo de excreción de esos virus, estamos alterando los criterios de alta que estamos dando a los diez días, asumiendo que esos pacientes no excretan virus y no son contagiantes. Entonces cuidado con ser demasiado precoz con los corticoides y si tienen un asmático vayan primero por los beta-agonistas, no tengamos tanta mano suelta con los corticoides porque recordemos que los corticoides en instancias iniciales aumentan el periodo de excreción del virus y nos corren los criterios de alta epidemiológicos.

Entonces, este concepto de dar corticoides a partir del día 5 o 7 es muy importante porque les va a acortar el requerimiento de oxígeno. Ahora bien, cuando pasa esto que estamos describiendo, es decir una alteración de la evolución normal, de aquella que vieron ustedes, que tomaban la temperatura, la saturación, y el paciente está bien y se va de alta sin penas ni glorias. Cuando se altera esta situación que empieza a tener aumento de frecuencia respiratoria y disminución de la saturación, los controles de enfermería deben aumentar cada 8 hs. ya no cada 24 hs., es decir que, como verán, la saturación y la frecuencia respiratoria son las que determinan dos signos muy fáciles de medir, incluso de medir a distancia, son los que nos marcan la evolución y el estándar de cuidados en estos pacientes. Esto que yo les dije de ver acá, el empeoramiento en la persistencia, infundir el plasma convaleciente antes del día 10 porque después es tarde. Así que, si al paciente le va bien, como van a tener ustedes la mayoría de los casos leves con un control de 24 h. con enoxaparina 40 mg/d. de rutina para evitar dolores de cabeza y midiendo temperatura, saturación, frecuencia respiratoria, cada 24 hs., también van a tener ahí la mayoría de los pacientes leves con un cuidado mínimo y se van a ir de alta a los 10 días con los últimos tres días asintomáticos. ¿Qué estamos viendo, que antes leíamos y no creíamos con tanta frecuencia? Van a tener un grupo de pacientes con persistencia febril, sólo fiebre, lo van a saturar y van a estar bien, van a aumentar un poco la frecuencia respiratoria cuando tenga fiebre, ahí midan bien la frecuencia cuando le baja la fiebre, pero son pacientes que están persistentemente febriles. No piensen de ninguna manera, al menos que sea un paciente muy añoso o un paciente que esté requiriendo benzodiacepina o cualquier otro inductor del sueño para dormir y se pueda haber microaspirado, que ese paciente tiene neumonía bacteriana. Es muy infrecuente, es decir la persistencia de fiebre es común en estos pacientes incluso la reaparición de fiebre es común en estos pacientes y lo que hemos descubierto es que no es muy predictor de nada. Antes creíamos que era predictor de que al paciente le iba a ir mal. Van a tener pacientes de alta, o que retardan su alta porque en el día 9, o 10 siguen febriles. Con fiebre alta, sobre todo fiebre vespertina, pero esa fiebre no indica mucho. Se les termina de ir la fiebre y esos pacientes, mientras no alteren la saturación, mientras no alteren la frecuencia respiratoria, no pasa nada.

Participante: *¿Los médicos cada cuánto tenemos que ver a ese paciente que se va sin penas ni glorias?, el enfermero lo controla todos los días ¿y los médicos?*

Dr. Carlos Bantar: Los médicos una vez por día. Pero les cuento lo que hemos agregado. Agregué a los controles de enfermería y a los controles médicos una variable que denominé Visita social. Quiero que el médico entre a charlar con el paciente, que le pregunte si lo llama la familia, que le pregunte cómo le altera el trabajo. Hice una aplicación en el celular

para hacer un trabajo con el Equipo de Salud Mental donde vamos a tomar un montón de variables de todo lo que le pasa a ese paciente, porque saben que esta enfermedad tiene dos paradigmas absolutamente contrarios a cualquier otra enfermedad. Es una enfermedad donde el paciente se siente preso, no siente aprensión a la internación como cuando está enfermo de otra cosa y el paciente quiere estar internado porque se siente seguro en el hospital. Acá este paciente al segundo o tercer día puede estar bien y siente que está preso, que lo tienen encerrado que está contra su voluntad. Entonces eso es diferente a cualquiera de las otras enfermedades que hemos visto en un paciente internado. Lo segundo que tiene es que los familiares no lo pueden visitar y por lo tanto tienen angustia, por ellos mismos y por sus familiares. Y lo otro es que es la antimedicina porque uno trata de tocar al paciente lo menos posible, al revés que como hacemos para contener un paciente que muchas veces, aunque sabemos que no tiene nada, lo revisamos porque sabemos que eso le hace bien. Por lo tanto vimos que eso genera una sensación de angustia y de soledad muy importante, es decir el paciente no está solo aislado socialmente, sino que está aislado mentalmente y emocionalmente. Entonces incorporamos a la mañana y a la tarde una Visita social de enfermería para que pregunten si necesitan algo, si tienen frío, si están angustiados, si se pudieron comunicar con la familia, si no se pudieron comunicar y el médico lo mismo. Luego de que evaluemos esa encuesta, se las puedo compartir. Es una aplicación que cargan en el celular, con una serie de preguntas que hice exclusivamente para guiar lo que el enfermero o la enfermera, médico o médica tienen que charlar con el paciente. Vale decir que desde el punto de vista clínico, una visita del médico es suficiente para constatar la saturación, para constatar si utiliza o no músculos accesorios y constatar incluso la afasia. Estos pacientes, ustedes habrán prestado atención, cuando están cerca del alta hacen un click muy importante, es decir llega un momento que el paciente de estar asténico, con fascias de enfermo, con ojos vidriosos se levanta un día y se siente distinto. Cuando uno le pregunta alrededor del día 9 o 10, el paciente se siente diferente y ese es el momento en que la enfermedad termina, por lo menos hasta el alta. Entonces para eso es necesario también la visita médica y nosotros eso lo hemos visto en muchos pacientes. Así que la respuesta es, desde el punto de vista médico, una visita por parte del médico, una visita por parte del enfermero, pero nosotros agregamos visitas sociales del médico y de la enfermera en estos pacientes porque también tenemos el vicio que el enfermero se acostumbra a no mirar a ese paciente, a no verlo, a no entrar porque como entra una sola vez al día y el paciente está bien, es como si tuviera una persona en la habitación de su casa.

Participante: *Buenas tardes, muy claro el flujograma de trabajo y me gustó mucho el concepto de la visita social. Yo le quería hacer una consulta, en los pacientes jóvenes sin factores de riesgo donde antes se veía muchas neumonías atípicas, en este caso, como quedaron ese tipo de neumonías que se veían antes y que se medicaban con antibióticos de amplio espectro?*

Dr. Carlos Bantar: Es muy buena pregunta. Lo primero que con todo respeto te voy a corregir, es que los antibióticos no deberían ser nunca de amplio espectro. Son de espectro absolutamente reducido y orientado. En esa revisión, esos números que yo tiré corresponden a una revisión muy amplia de más de 2000 pacientes de haber analizado las

neumonías bacterianas asociadas al coronavirus, e interesantemente con respecto a tu pregunta, el primer germen fue micoplasma, es decir aquel que causa neumonía atípica con infiltrados intersticiales. Y tu pregunta es muy buena porque cuando se nos ha planteado la duda afectación por coronavirus y neumonía bacteriana con la que se confunde con micoplasma que no responde a betalactámicos, por eso te hago la aclaración del amplio espectro, tiene que ser un espectro muy reducido dirigido exclusivamente a *Mycoplasma pneumoniae*, excepto que el paciente tenga dos loros en su casa y tenga una psitacosis. Pero si no tiene loros en su casa, tiene dolor retroocular que el coronavirus también lo da, tiene tos seca, que también lo da el coronavirus, tiene alteración del hepatograma que también lo da el coronavirus, pero no tiene esos vidrios esmerilados, subpleurales, parcheados, multilobares, que tiene el coronavirus, sino que tiene un infiltrado más intersticial, bueno ahí uno puede pensar en micoplasma en un paciente joven sin factores de riesgo. Es difícil pensar que un señor de 80 años tenga micoplasma, pero los pacientes jóvenes con dolor retroocular, con una cefalea importante, con congestión de la vía aérea superior, mucha congestión, y tos, en estos pacientes a veces hemos agregado claritromicina o azitromicina, pensando en micoplasma.

Participante: *Yo quiero hacer una pregunta también. Relacionado a las pacientes femeninas que están con anticoncepción hormonal, ¿es necesario suspender la anticoncepción? pensando en los procoagulantes.*

Dr. Carlos Bantar: Tu pregunta es muy importante. Eso es determinante para nosotros para continuar la profilaxis pos alta por al menos 10 días, definitivamente. Es decir no le suspendemos, pero no sólo los anticoagulamos mientras están cursando la infección sino que continuamos la profilaxis antitrombótica por 10 o 14 días más.

Participante: *O sea ¿estamos hablando siempre de pacientes internados porque tienen un cuadro moderado?*

Dr Carlos Bantar: No. He tenido pacientes leves tratados en domicilio con terapia de reemplazo hormonal que tienen mucho más estrógenos. Esas terapias son por lo menos, con 2 mg. de Valerato de estradiol. Recordemos que hoy los anticonceptivos tienen de etinilestradiol 0,03 mg., tienen bajo estrógeno y están mezclados con progestágenos y por lo tanto tienen mucho menos contenido, son mucho menos protrombóticos. Ahora, si hay una mujer de 45 o 50 años que por un climaterio demasiado sintomático le están dando 2 mg de valerato de estradiol, a esa paciente yo le doy profilaxis antitrombótica por lo menos 10 a 14 días.

Participante: *¿Desde que comienza con los síntomas?*

Dr. Carlos Bantar: No, desde que termina la enfermedad. Desde que le doy el alta. Le doy durante toda la infección y le doy después 10 a 14 días después del alta.

Participante: *Pero ¿aunque sea leve Doctor?, porque la verdad que eso no lo estamos haciendo nosotros, un paciente leve no le damos clexane o enoxaparina*

Dr. Carlos Bantar: En el paciente leve que tratás en la casa, pero que va a estar muy asténico y va a estar postrado porque se va a mover poco y que toma estrógenos, yo le doy anticoagulación aunque no esté postrado. Porque no te olvides que es cierto que hay una correlación con la gravedad de la infección, pero es muy difícil, no hay ningún estudio bien diseñado con análisis multivariado que pueda desagregar la postración a la gravedad de la infección. Es cierto que hay un componente, el aumento del Dímero D, que demuestra que los pacientes con Dímero D aumentado también tienen una forma más grave porque son los que van a hacer la microembolia. Pero no hay nada que haya demostrado que la microembolia esté relacionada también a la posibilidad de una trombosis venosa profunda de un tromboembolismo pulmonar como se puede dar en los pacientes con enfermedad leve aunque no esté postrado. Tuvimos en una clínica privada, una paciente maratonista de 40 años que después del alta, 14 días, se estaba atando los cordones de las zapatillas para salir a correr y desarrolló un tromboembolismo pulmonar terrible, es decir que eso hay que tenerlo en cuenta. Yo a cualquier paciente que reciba estrógenos, le doy, aunque sea leve. No olviden que ahí se pierden los paradigmas, porque si la paciente está con otra condición, igual que la paciente con cáncer, a esa paciente le doy anticoagulación aunque tengan una forma leve de la enfermedad porque tiene un factor coadyuvante

Participante: *Entonces quedamos que cualquier paciente, aunque sea leve, hay que anticoagularlo*

Dr. Carlos Bantar: No, cualquier paciente no. El paciente que se moviliza, es decir que no tiene postración y tiene una forma leve y no está tomando anticonceptivos y no es obeso y no se operó de la rodilla, como tenemos un hombre ahora de 35 años que se infectó de coronavirus en el lugar donde se operó, a esos pacientes no les doy profilaxis antitrombótica. Pero sí le doy al obeso que cursa la infección, le doy al que toma anticonceptivos, le doy al que no se mueve. Hay gente que está muy asténica. He tenido pacientes jóvenes, 45 o 47 años, que están muy asténicos y no se levantan de la cama, esos reciben profilaxis antitrombótica por postración. Es la postración más el grado de procoagulante que tiene el coronavirus, que repetimos otra vez, está relacionado a la presentación leve o grave, pero que en realidad se la está poniendo también el evento trombótico a la forma grave o leve de hacer el evento del distrés microembólico.

No sé cuántos pacientes en seguimiento, a cuántos pacientes les han tenido que dar el alta de forma leve.

Participante: *El número no lo tengo bien. La mayoría son de forma leve. Hay grises para mí. Un señor tiene 56 años, fumador, y que está ahora en el centro de jubilados, esta de diez. No lo anticoagulamos. Ahí me queda duda.*

Dr. Carlos Bantar: Ustedes están focalizando mucho en la anticoagulación, que es un evento muy importante, pero errático al fin. No mencionamos tampoco, la excepción o los riesgos de la profilaxis antitrombótica, pero de todas maneras me parece que van a tener situaciones que van a ser mucho más demandantes en su atención en el paciente que se va de alta. Los pacientes que se van de alta a los 10 días y encima se van sin PCR, es decir

que tiene que hacer un acto de fe para creer que están curados y superaron la enfermedad. Van a tener que contenerlo porque les van a pasar muchas cosas cuando se van de alta. Y se las van a tener que advertir, y esa es la mejor manera en que se van a sentir contenidos, que ustedes se adelanten a decirles los que les va a pasar. Y lo que les va a pasar está escrito en un excelente trabajo que hicieron los ingleses sobre una base de autoreportes de más de 10.000 pacientes, donde describen todas las cosas que les pasan a los pacientes una vez que se van de alta. Y el 10% de estos pacientes dentro de las 3 semanas, se llama "Manejo de la infección por Covid pos aguda", esos pacientes, aunque sean pacientes con enfermedad leve siguen asténicos. Según los ingleses en un 10%, según los americanos en un 35% les pasa algo y según los italianos en un 44% a los dos meses les siguen pasando cosas. No vamos a los estudios de resonancia que demuestra que tienen inflamación de los músculos papilares, el de la resonancia cardíaca digo y demás, que está descrito que el 78% alteraciones y no sabemos el significado de eso. Les digo esto porque los pacientes ven esto en televisión y creen que van a quedar todos con secuelas cardíacas. Entonces son respuestas que a ustedes les va a tocar dar porque el paciente los va a interpelar. Les va a decir: vi un estudio donde el 70% tenía alteraciones en el corazón, y le van a tener que explicar que eso puede ser músculo atontado, que todavía está inflamado y que se va a desinflamar. Pero imagínense que esos estudios son terribles. Hay un estudio en Circulation que muestra un 62% de pacientes que deterioran su fracción de eyección. Entonces, son explicaciones que les va a tocar dar, porque lo ven en los medios de comunicación, los van a interpelar. Pero más allá de eso les va a tocar aclararles a los pacientes que ellos no van a ser ellos mismos por un periodo prolongado de tiempo. Tres semanas, un mes, dos meses. Y lo que les va a pasar con mayor frecuencia es la astenia. Y algo muy fundamental para que el paciente no recurra a la consulta y que lo tenemos que tener en claro, la mayoría incluso en la literatura, confunde la disnea con el cansancio y el agotamiento que siente el paciente a causa de la astenia en el período de pos alta. El paciente se va a bañar, sale de bañarse, se está secando y se agita. El paciente se levanta bien, se pone a cocinar, se pone a lavar la ropa y se da cuenta que se tiene que acostar y se siente agitado. Eso no es disnea, lo que tiene es la agitación que produce la astenia, es una taquipnea transitoria, o una sensación incluso de taquipnea, pero no es la sensación de ahogo o falta de aire que muchas veces asusta al paciente y lleva a la consulta, entonces tienen que advertirle muy bien la diferenciación entre la disnea verdadera y la fatiga. Digo, esa agitación hay que enseñársela a diferenciar y decirle que no se asuste. Eso pasa con mucha frecuencia. Según los italianos, de ese 44% de pacientes que siguen con síntomas a los dos meses posalta, en el 25%, la mitad de ellos, el síntoma es la disnea y yo creo que está mal descrito, no es la disnea sino que es la agitación de la postración y de la astenia,) así que eso es una de las cosas que hay que advertirles.

Participante: *Una pregunta, hay lugares donde están implementando rehabilitación en el paciente poscovid. ¿Acá en la provincia hay algún lugar donde se esté organizando algo parecido?*

Dr. Carlos Bantar: Hasta donde sé, no específicamente. La rehabilitación es sobre todo, diría imprescindible en los pacientes que estuvieron internados en terapia intensiva, porque tienen polineuropatía del paciente crítico. Entonces, una paciente la tenemos en

rehabilitación domiciliaria y lleva más de dos meses de alta y realmente seguimos haciendo rehabilitación, estuvo en terapia, pudimos zafar de la entubación, pero estuvo mucho tiempo en terapia y tiene una polineuropatía del paciente crítico. Una mujer que estaba trabajando y que hoy apenas puede levantarse de la cama e ir de la cama a la cocina y demás. Realmente ha tenido un impacto muy grande, pero lo que planteas es importante en el paciente crítico sobre todo. Ahora, en el paciente leve ustedes van a tener eso, van a tener a veces hasta reaparición de febrícula, con lo cual deben advertirle también al paciente que eso no indica nada. Muchos de esos pacientes atraviesan esa situación y no indica necesariamente un criterio de alarma. La tos, por supuesto, va a ser importante. Y lo que van a tener, es mucha secuela psicológica y deben advertirle al paciente sobre eso. Y deben ser responsables de detectarlo en esa charla que tienen que tener del alta, que debe ser muy extensa, no debe ser minimizada. No nos concentremos en la saturación, en la temperatura, concentrémonos en la cabeza del paciente, en lo de adentro de la cabeza. Ese paciente va a sentir angustia. Tiene un shock de haber tenido mucho miedo, esa es una de las cosas que vamos a evaluar en estas encuestas que comenté. El miedo que tiene el paciente a la patología, se siente muy angustiado, estuvo aislado, sintió miedo por su familia, sintió culpa por haberse contagiado o sintió culpa por haber contagiado. Hacen estrés postraumático, tienen angustia. Van a tener que detectar algún componente depresivo, alguno de los 3 signos mayores o de los 7 signos menores de depresión encubierta en estos pacientes, porque créanme que las atraviesan. Carlos me encantaría tu aporte en esto. (Se dirige al ex director de la Dirección de Salud Mental y adicciones del Ministerio de Salud, actual director del Segundo y Tercer Nivel de Atención, Carlos Berbara)

Dr. Carlos Berbara: Usted se refiere al sentimiento de culpa de la persona de haberse infectado, de estar cursando la enfermedad, de poder contagiar y demás

Dr. Carlos Bantar: Me refiero a la secuela postraumática que queda en estos pacientes donde se junta eso, se junta el miedo a la enfermedad que lo atraviesa, el aislamiento que padeció y la sensación de abatimiento donde se empieza a mezclar el estrés postraumático, detectar alguno de los 3 síntomas mayores o los 7 menores de depresión encubierta que pueden tener en esos pacientes. Digo que en el alta hay que tratar de detectar muy bien si ese paciente no necesita una ayuda terapéutica. Esa ha sido mi experiencia, pero delego, me da vergüenza hablar de esto adelante tuyo

Dr. Carlos Berbara: *Si sí, lo que señala es más que lógico y fundamentalmente lo que nos tiene que quedar como un concepto general es no desmerecer ese espectro de fenómenos que muchas veces suele determinar la posibilidad de recuperación clínica. Porque se solapan cuadros que tienen que ver con las crisis de ansiedad, el estrés, o la depresión y la angustia que muchas veces, incluso suele tergiversar los parámetros bioquímicos que acaba de detallar. Por lo tanto estar atento a la comunicación como usted bien organizó el sistema de intervención vinculada a la comunicación con el paciente, la comunicación sincera, una comunicación que habilite la posibilidad de utilizar la palabra para describir ese proceso por el cual la gente está atravesando es fundamental, Y seguramente que si uno le prestó atención a eso durante la internación, la externación no va a estar acompañada por todos los fenómenos que usted describe. Ahora, si no prestamos atención a ese espectro*



de situaciones durante el apoyo intensivo que le damos durante la internación, probablemente estemos siendo, incluso nosotros mismos, un factor de inducción de los fenómenos de estrés postraumáticos o depresión posterior al alta.

Dr. Carlos Bantar.: Incluso lo que está descrito por los ingleses es un verdadero Síndrome de fatiga crónica. Creo que el posalta de estos pacientes, aunque sean leves, se lo puede resumir en lo que es el síndrome de fatiga crónica que como saben, la depresión encubierta, o el caso de estrés ya sea crónico o estrés postraumático, o estrés evocativo pueden realmente solaparse con este síndrome de fatiga crónica y eso es lo que exhiben estos pacientes.

Lo otro interesante para hablarles que no se si les ha tocado en algún paciente, es el dolor torácico. Eso también es muy particular, el dolor retroesternal. Por un lado el dolor retroesternal que van a tener que diferenciar muy bien en un paciente con factores de riesgo de un infarto de miocardio que, si además piden una troponina le va a dar elevada porque el virus se une a las células, a los receptores ACE2 del corazón y aumenta la troponina. Pero un aumento exagerado y un electrocardiograma pueden ser necesario en esos casos porque realmente está descrito. Pero los pacientes describen ese dolor retroesternal y lo van a tener que tranquilizar acerca de eso si no tiene un factor predisponente. Y lo otro que describen los pacientes es el dolor ya no retroesternal, sino en la parrilla torácica, o “en la espalda”, un dolor pleurítico. Eso se da porque este virus característicamente forma condensaciones subpleurales. Hemos tenido pacientes que tienen un derrame suspendido, paraneumónico digamos, para las condensaciones que son de etiología viral, pero como están en contacto con la pleura ustedes saben muy bien que ahí están los receptores J del pulmón y son muy dolorosas, dan ese dolor pleurítico con el cual también lo van a tener que tranquilizar al paciente y decirles que les va a durar mucho tiempo y que no requiere ninguna gravedad. El derrame pleural, es muy infrecuente en la patología en la neumonía por Covid, vale decir que eso tranquiliza bastante y por lo tanto ese dolor pleurítico probablemente se lleva a un derrame mínimo, paraneumónico que no es susceptible de ser evacuado, sólo requiere paciencia para su reabsorción, pero les va a tocar tranquilizar al paciente en esa situación.

Participante: *Tuvimos pacientes con mucha tos, les dimos corticoides, también hablamos de la excreción viral, pero la verdad que tenía una tos persistente que no podía dormir. Quería saber que tratamiento le daría.*

Dr. Carlos Bantar: La tos del Covid no es una excepción a la tos de las otras virosis como la de sincicial o la de adenovirus. Hay dos artículos, uno americano y uno inglés, que específicamente aborda el tratamiento sintomático de todo lo que se le presenta al paciente Covid. Los americanos les dan miel, la receta de la abuela y los británicos plantean algo muy interesante que son los ejercicios de respiración con el paciente sentado y erguido. ¿Por qué?, porque el paciente sigue teniendo esa respiración superficial. Si hacemos una tomografía a esos pacientes, asustan. Algunos tienen más del 50% de afectación, y realmente sin darse cuenta respiran con el tercio superior y respirar con el tercio superior significa la acumulación de mucosidad que por goteo termina cayendo y termina originando

la tos en el decúbito. Entonces, lo que ellos aconsejan tres veces por día es que el paciente se siente de manera erguida en una silla y que respire profundamente desde abajo hacia arriba levantando los hombros, inhalando por la nariz y exhalando por la boca, porque eso es lo que asegura la respiración profunda, eso redistribuye la mucosidad y disminuye la tos. Si uno es más pragmático aconseja el decúbito a 30 grados con una almohada, una benzodiacepina para que duerma y que se embrome el que está al lado, que lo escuchará toser, pero el paciente no se entera y por lo menos va a dormir 3 o 4 hs. Esta forma media irónica lo que quiere significar es que no hay remedios para la tos en realidad. Cuando uno lee la literatura lo que aconsejan son estas dos cosas que dije, específicamente para Covid, y bueno realmente va en muchas otras situaciones. Los corticoides no la calman, eso lo aseguro.

Participante: *¿Y la cataplasma? Tengo un amigo que está en un hospital acá de la zona, y bueno con respecto a un primer paciente, dice que a ellos les dio muy buen efecto la cataplasma, calentar mucho al paciente, después darle un baño con agua fría y decía que lo desintoxicaba.*

Dr. Carlos Bantar: Bueno eso se acerca un poco más casi a una práctica chamánica . Yo no le daría baño con agua fría a un paciente que tiene neumonía y en invierno. No he escuchado nada de eso.

Participante: *Le ponen carbón activado*

Dr. Carlos Bantar: La verdad, no es lo que yo haría, Las prácticas de las que hablé por lo menos si están descriptas en la literatura, la cataplasma no la he visto.

Participante: *Una preguntas más, el decúbito prono en pacientes de moderado riesgo que están vigiles, ¿se hace? ¿Con qué frecuencia?*

Dr. Carlos Bantar: Si, usamos el decúbito prono vigil, por supuesto, en este momento tenemos tres pacientes en decúbito prono vigil en planta, en el piso y dos pacientes en decúbito prono en terapia intensiva. El decúbito prono es una práctica que exhibió su mayor auge durante la gripe A porque como ustedes saben lo que hace el decúbito prono es reclutar los pocos alveolos no afectados por el distrés que queda, sobre todo en la forma rígida del distrés y de esa manera poder lograr una mejor saturación de oxígeno y a expensas de la ventilación. Pero el problema es que estos pacientes, tienen un distrés inicial, que es con alta compliance, los Italianos lo llaman tipo L. por lo tanto el decúbito prono tiene poco recupero en esos casos. Aun así, lo hacemos porque nunca sabemos en qué fase estamos del distrés, incluso lo hacemos previo al distrés y hemos logrado un mejor resultado. Pero no es el resultado tan categórico como se veía en los pacientes con distrés respiratorio en la gripe A. Es decir que el decúbito prono sí es una medida que pueden tomar, pero les diría a nivel de hospital en que ustedes se encuentran, que si un paciente requiere decúbito prono lo deriven antes de las 2 h. a un centro que tenga terapia intensiva, porque ese paciente se deteriora muy rápidamente. Y muy rápidamente, estoy hablando de 1 o 2 h.



Al no haber más intervenciones por parte de los participantes se da por finalizada la exposición del Dr. Carlos Bantar y toma la palabra la Ministra de Salud Sonia Velazquez.

Ministra de Salud Sonia Velazquez: (Saluda a todos los presentes) Saben que estamos en momentos álgidos de la pandemia en nuestra provincia. Estamos también muy acompañados con los equipos de salud de cada uno de ustedes, de cada uno de los hospitales y también desde el primer nivel de atención que nos acompañan en toda la red de salud. Hoy estamos cumpliendo los seis meses de la constitución del COES que fue el día 2 de marzo, y por lo tanto han sido seis meses largos de transitar. Primero de prepararnos y segundo también de aprendizaje. Estaba escuchándolo a Carlos y digo debe ser la casuística más importantes la que está teniendo el hospital San Martín de Paraná como hospital de referencia de la provincia, sin duda, en el manejo de pacientes y también me consta que Carlos nos ha estado nutriendo a todo el comité de emergencia y también hemos recibido todo el acompañamiento, la bibliografía, y hemos estudiado y aprendido. También hemos tenido quizá algunos errores y algunas incertidumbres, pero la certeza que creo hemos tenido ha sido la convicción firme de que estamos al frente de esta pandemia, que somos nosotros las personas que tenemos que estar en sintonía, llevando el pulso y también prepararnos para lo que viene a nivel del horizonte que todavía no podemos visibilizar, de todo el tiempo que tenemos que transitar para adelante. Si bien al inicio estábamos en una fase de organización, sobre todo con el tema de los recursos, creo que sin duda también pensar que detrás de la pandemia surgen nuevas oportunidades y quizás detrás de la crisis nos hemos fortalecido. No solo con el componente de los insumos y equipamiento sino también nos hemos fortalecido como personas, como profesionales, también nos hemos fortalecido al frente y estamos creo a la vanguardia de esta pandemia. Eso es quizá lo que nos tiene que hacer fuertes y también nos tiene que enorgullecer en cuanto a poder constituir este momento histórico que estamos atravesando, que cada uno de ustedes esté al frente de una institución y que sean los equipos de salud que acompañen esta contingencia sanitaria que nos ha tocado atravesar, sin lugar a dudas, histórica para el sistema de salud. Pero de esta vamos a salir fortalecidos, bastante cansados y agobiados seguramente, pero fortalecidos. Nuestros equipos seguramente ya no van a ser los mismos después que pase esta pandemia, no solamente por el cansancio físico, no van a ser los mismos a nivel de la calidad humana en cuanto a todo el capital que hemos ido recogiendo en este devenir. Quiero agradecerles de parte del equipo provincial, del equipo de gestión, del COES y también de parte de todos nosotros. Poder ofrecerles nuestra escucha activa pero también nuestro acompañamiento. Hemos estado en cada hora de cada día desde el día 2 de marzo a la fecha pensando en nuevas estrategias, en nuevos lineamientos, en nuevos insumos para nuestra gobernanza y para llevar adelante la rectoría de este ministerio con toda la fortaleza. Y creemos que hemos estado y estamos a la altura de las circunstancias. El tiempo y la historia nos juzgarán, pero me parece que en ese sentido hemos puesto todo de lo que nosotros traemos y hemos capitalizado como aprendizaje. Nos hemos repartido tareas. La Secretaria de Salud, anda de trotamundos pero por los hospitales de la provincia, por nuestra región sanitaria 4 y bueno acá cada uno estamos distribuidos con las distintas tareas. Creanme que los estamos acompañando todo el



tiempo, de mañana, de tarde, de noche estamos acompañándolos. Siéntanse con un ministerio presente, activo. El Ministerio lo construimos con ustedes, con todos nosotros y nosotras, así que por dedicación, por tiempo, no nos van a ganar, no nos va a ganar la pandemia y no nos van a ganar algunas líneas anti cuarentenas que por ahí se mezclaron con una situación de pandemia que nunca tendría que haber sido. Así que saquemos lo mejor de nosotros, sigamos para adelante y acá estamos al pie del cañón como nos gusta decir. Darles un saludo y un agradecimiento particularmente a cada uno de ustedes y a todos los trabajadores de salud que componen los distintos equipos de cada una de las instituciones. Muchísimas gracias.

Enlace a la videoconferencia. :

<https://www.youtube.com/watch?v=miNJzuHH3EI>

Referencias Bibliográficas

Berlin, D. A., Gulick, R. M., y Martínez, F. J. (2020, Mayo). Severe Covid-19. *The New England Journal of Medicine*, Prepublicación on line. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp2009575>

Bhatraju, P.K., Ghassemieh, B. J., Nichols, M., Kim, R., Jerome, K. R., Nalla, A. K., Greninger, A. L., Pipavath, S., Wurfel, M. M., Evans, L., Kritek, P. A., West, T. E., Luks, A., Gerbino, A., Dale, C. R., Goldman, J. D., O'Mahony, S., y Mikacenic, C. (2020, Mayo). Covid-19 in Critically Ill Patients in the Seattle Region - Case Series. *The New England Journal of Medicine*, 382(21), 2012–2022. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2004500>

Binnicker, M. J. (2020, Junio). Can the SARS-CoV-2 PCR Cycle Threshold Value and Time from Symptom Onset to Testing Predict Infectivity?. *Clinical Infectious Diseases*. Pre publicación on line. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa735>

Bullard, J., Dust, K., Funk, D., Strong, J. E., Alexander, D., Garnett, L., Boodman, C., Bello, A., Hedley, A., Schiffman, Z., Doan, K., Bastien, N., Li, Y., Van Caesele, P. G., y Poliquin, G. (2020, Mayo). Predicting infectious SARS-CoV-2 from diagnostic samples. *Clinical Infectious Diseases*. Prepublicación on line. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa638>

Carfi, A., Bernabei, R., Landi, F., y Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group (2020, Julio). Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA*, 324(6), 603–605. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12603>

Cecconi, M., Forni, G., y Mantovani, A. (2020, Junio). Ten things we learned about COVID-19. *Intensive care medicine*, 46(8), 1590–1593. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06140-0>

Cevik, M., Tate, M., Lloyd, O., Maraolo, A. E., Schafers, J., y Ho, A. (2020, Julio). SARS-CoV-2, SARS-CoV-1 and MERS-CoV viral load dynamics, duration of viral shedding and infectiousness: a living systematic review and meta-analysis. medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.07.25.20162107>

Chen, J., Bai, H., Liu, J., Chen, G., Liao, Q., Yang, J., Wu, P., Wei, J., Ma, D., Chen, G., Ai, J., y Li, K. (2020, Julio). Distinct clinical characteristics and risk factors for mortality in female COVID-19 inpatients: A sex-stratified large-scale cohort study in Wuhan, China. *Clinical Infectious Diseases*. Prepublicación on line. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa920>

Cunningham, J. W., Vaduganathan, M., Claggett, B. L., Jering, K. S., Bhatt, A. S., Rosenthal, N., y Solomon, S. D. (2020, Septiembre). Clinical outcomes in young US adults hospitalized with COVID-19. *JAMA internal medicine*, Artículo e205313. Prepublicación on line. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.5313>



Dietz, W., y Santos-Burgoa, C. (2020). Obesity and its Implications for COVID-19 Mortality. *Obesity*, 28(6), 1005. <https://doi.org/10.1002/oby.22818>

Dores, H., y Cardim, N. (2020). Return to play after COVID-19: A sport cardiologist's view. *British Journal of Sports Medicine*, 54(19), 1132–1133. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102482>

Du, R. H., Liang, L. R., Yang, C. Q., Wang, W., Cao, T. Z., Li, M., Guo, G. Y., Du, J., Zheng, C. L., Zhu, Q., Hu, M., Li, X. Y., Peng, P., y Shi, H. Z. (2020, Mayo). Predictors of mortality for patients with COVID-19 pneumonia caused by SARS-CoV-2: a prospective cohort study. *European Respiratory Journal*, 55(5), Artículo 2000524. <https://doi.org/10.1183/13993003.00524-2020>

Fadel, R., Morrison, A. R., Vahia, A., Smith, Z. R., Chaudhry, Z., Bhargava, P., Miller, J., Kenney, R. M., Alangaden, G., Ramesh, M. S., y Henry Ford COVID-19 Management Task Force. (2020, Mayo). Early Short Course Corticosteroids in Hospitalized Patients with COVID-19. *Clinical Infectious Diseases*. Prepublicación on line <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa601>

Farina, J. (2020). Escasa eficacia de la estrategia de rt-PCR de control para determinar el alta de los pacientes con infección por SARS-Cov-2. Comunicación personal.

García-Vidal, C., Moreno-García, E., Hernández-Meneses, M., Puerta-Alcalde, P., Chumbita, M., García-Pouton, N., Linares, L., Rico, V., Cardozo, C., Martínez, J. A., García, F., Mensa, J., Castro, P., Nicolás, J. M., Muñoz, J., Vidal, D., Soriano, A., y COVID19-Researchers. (2020, Julio). Personalized therapy approach for hospitalized patients with COVID-19. *Clinical Infectious Diseases*. Prepublicación on line. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa964>

Gattinoni, L., Chiumello, D., Caironi, P., Busana, M., Romitti, F., Brazzi, L., y Camporota, L. (2020, Abril). COVID-19 pneumonia: different respiratory treatments for different phenotypes?. *Intensive care medicine*, 46, 1099–1102. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06033-2>

Guan, W. J., Liang, W. H., Zhao, Y., Liang, H. R., Chen, Z. S., Li, Y. M., Liu, X. Q., Chen, R. C., Tang, C. L., Wang, T., Ou, C. Q., Li, L., Chen, P. Y., Sang, L., Wang, W., Li, J. F., Li, C. C., Ou, L. M., Cheng, B., Xiong, S., ... China Medical Treatment Expert Group for COVID-19. (2020, Mayo). Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: A nationwide analysis. *European Respiratory Journal*, 55(5), Artículo 2000547. <https://doi.org/10.1183/13993003.00547-2020>



Gupta, A., Madhavan, M. V., Sehgal, K., Nair, N., Mahajan, S., Sehrawat, T. S., Bikdeli, B., Ahluwalia, N., Ausiello, J. C., Wan, E. Y., Freedberg, D. E., Kirtane, A. J., Parikh, S. A., Maurer, M. S., Nordvig, A. S., Accili, D., Bathon, J. M., Mohan, S., Bauer, K. A., Leon, M. B., ... Landry, D. W. (2020, Julio). Extrapulmonary manifestations of COVID-19. *Nature Medicine*, 26, 1017–1032. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0968-3>

Gupta, V., Bhojar, R. C., Jain, A., Srivastava, S., Upadhyay, R., Imran, M., Jolly, B., Divakar, M. K., Sharma, D., Sehgal, P., Ranjan, G., Gupta, R., Scaria, V., y Sivasubbu, S. (2020, Septiembre). Asymptomatic reinfection in two healthcare workers from India with genetically distinct SARS-CoV-2. *Clinical Infectious Diseases*. Prepublicación on line. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1451>

Haberman, R., Axelrad, J., Chen, A., Castillo, R., Yan, D., Izmirly, P., Neimann, A., Adhikari, S., Hudesman, D., y Scher, J. U. (2020, Julio). Covid-19 in Immune-Mediated Inflammatory Diseases - Case Series from New York. *The New England Journal of Medicine*, 383(1), 85–88. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2009567>

Huespe, I., CarboniBisso, I., Gemelli, N. A., Terrasa, S. A., Di Stefano, S., Burgos, V., Sinner, J. F., Risk, M. R., San Roman, E. y Las Heras, M.J. (2020, Agosto). COVID-19 Severity Index: Predictive score for hospitalized patients. medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.08.12.20166579>

Hughes, D. (2020, Julio). In the frame, road map for Australian sport on an uncertain journey through COVID-19. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 23(7), 636–638. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2020.05.003>

Keller, M. J., Kitsis, E. A., Arora, S., Chen, J. T., Agarwal, S., Ross, M. J., Tomer, Y., y Southern, W. (2020, Agosto). Effect of Systemic Glucocorticoids on Mortality or Mechanical Ventilation in Patients With COVID-19. *Journal of Hospital Medicine*, 15(8), 489–493. <https://doi.org/10.12788/jhm.3497>

Khalil, A., Kalafat, E., Benlioglu, C., O'Brien, P., Morris, E., Draycott, T., Thangaratinam, S., Le Doare, K., Heath, P., Ladhani, S., von Dadelszen, P., y Magee, L. A. (2020, Agosto). SARS-CoV-2 infection in pregnancy: A systematic review and meta-analysis of clinical features and pregnancy outcomes. *E Clinical Medicine*, 25, Artículo 100446. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100446>

Kragholm, K., Andersen, M. P., Gerds, T. A., Butt, J. H., Østergaard, L., Polcwiartek, C., Phelps, M., Andersson, C., Gislason, G. H., Torp-Pedersen, C., Køber, L., Schou, M., y Fosbøl, E. L. (2020, Julio). Association between male sex and outcomes of Coronavirus



Disease 2019 (Covid-19) - a Danish nationwide, register-based study. *Clinical Infectious Diseases*. Pre publicación on line. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa924>

Lai, C. C., Shih, T. P., Ko, W. C., Tang, H. J., y Hsueh, P. R. (2020, Marzo). Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 55(3), Artículo105924. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105924>

Lechien, J. R., Chiesa-Estomba, C. M., De Siaty, D. R., Horoi, M., Le Bon, S. D., Rodriguez, A., Dequanter, D., Blecic, S., El Afia, F., Distinguin, L., Chekkoury-Idrissi, Y., Hans, S., Delgado, I. L., Calvo-Henriquez, C., Lavigne, P., Falanga, C., Barillari, M. R., Cammaroto, G., Khalife, M., Leich, P., ... Saussez, S. (2020, Abril). Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): a multicenter European study. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 277, 2251–2261. <https://doi.org/10.1007/s00405-020-05965-1>

LisboaBastos, M., Tavaziva, G., Abidi, S. K., Campbell, J. R., Haraoui, L. P., Johnston, J. C., Lan, Z., Law, S., MacLean, E., Trajman, A., Menzies, D., Benedetti, A., y Ahmad Khan, F. (2020, Julio). Diagnostic accuracy of serological tests for covid-19: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 370, Artículo m2516. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2516>

Liu, Y., Mao, B., Liang, S., Yang, J. W., Lu, H. W., Chai, Y. H., Wang, L., Zhang, L., Li, Q. H., Zhao, L., He, Y., Gu, X. L., Ji, X. B., Li, L., Jie, Z. J., Li, Q., Li, X. Y., Lu, H. Z., Zhang, W. H., Song, Y. L., ... Shanghai Clinical Treatment Experts Group for COVID-19 (2020). Association between age and clinical characteristics and outcomes of COVID-19. *European Respiratory Journal*, 55, Artículo 2001112. <https://doi.org/10.1183/13993003.01112-2020>

Maor, Y., Cohen, D., Paran, N., Israely, T., Ezra, V., Axelrod, O., Shinar, E., Izak, M., Rahav, G., Rahimi-Levene, N., Bazofin, B. M., Gelman, R., Dicker, D., Brosh-Nissimov, T., Megged, O., Dahan, D., Benov, A., Paz, A., Edward, K., Moran, A., ... Chen, J. (2020, Septiembre). Compassionate use of convalescent plasma for treatment of moderate and severe pneumonia in COVID-19 patients and association with IgG antibody levels in donated plasma. *E Clinical Medicine*, 26, Artículo100525. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100525>

Mathers, A. J. (2020, Julio). The practical challenges of making clinical use of the quantitative value for SARS-CoV-2 viral load across several dynamics. *Clinical Infectious Diseases*. Pre publicación on line. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa958>

Mei, Q., Li, J., Du, R., Yuan, X., Li, M., y Li, J. (2020, Septiembre). Assessment of patients who tested positive for COVID-19 after recovery. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(9), 1004–1005. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30433-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30433-3)

Mehta, N. S., Mytton, O. T., Mullins, E., Fowler, T. A., Falconer, C. L., Murphy, O. B., Langenberg, C., Jayatunga, W., Eddy, D. H., y Nguyen-Van-Tam, J. S. (2020, Mayo). SARS-CoV-2 (COVID-19): What do we know about children? A systematic review. *Clinical Infectious Diseases*, Prepublicación on line. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa556>

National Institute for Health and Care Excellence . (2020, Abril). Managing COVID-19 symptoms (including at the end of life) in the community: summary of NICE guidelines. *BMJ*, 369, Artículo m1461. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1461>

Riveros, D., Maymó, D., Laviano, J., Fornillo, F., Fernandez, J., Benzadoni, R., Solimano, J., Cachionne, R., Riera, L., Duarte, P., Cazap, N., Gotta, D., García Altuve, J., Valentini, R., Dupont, J. (2020). Coagulopatía y Covid19. Recomendaciones para una realidad cambiante. *Medicina (Buenos Aires)*, 80. https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol80-20/destacado/especial_7254.pdf

Sewell, H. F., Agius, R. M., Stewart, M., y Kendrick, D. (2020, Julio). Cellular immune responses to covid-19. *BMJ*, 370, Artículo m3018. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3018>

Simonnet, A., Chetboun, M., Poissy, J., Raverdy, V., Noulette, J., Duhamel, A., Labreuche, J., Mathieu, D., Pattou, F., Jourdain, M., LICORN and the Lille COVID-19 and Obesity study group (2020, Julio). High Prevalence of Obesity in Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) Requiring Invasive Mechanical Ventilation. *Obesity*, 28(7), 1195–1199. <https://doi.org/10.1002/oby.22831>

Tomassini, S., Kotecha, D., Bird, P. W., Folwell, A., Biju, S., y Tang, J. W. (2020, Agosto). Setting the criteria for SARS-CoV-2 reinfection - six possible cases. *The Journal of Infection*. Prepublicación on line. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.08.011>

Van Elslande, J., Vermeersch, P., Vandervoort, K., Wawina-Bokalanga, T., Vanmechelen, B., Wollants, E., Laenen, L., André, E., Van Ranst, M., Lagrou, K., y Maes, P. (2020, Septiembre). Symptomatic SARS-CoV-2 reinfection by a phylogenetically distinct strain. *Clinical Infectious Diseases*. Prepublicación on line. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1330>

Vitacca, M., Nava, S., Santus, P., y Harari, S. (2020, Mayo). Early consensus management for non-ICU acute respiratory failure SARS-CoV-2 emergency in Italy: from ward to trenches. *European Respiratory Journal*, 55(5), Artículo 2000632. <https://doi.org/10.1183/13993003.00632-2020>



Walker, A., Pottinger, G., Scott, A., y Hopkins, C. (2020, Julio). Anosmia and loss of smell in the era of covid-19. *BMJ*, 370, Artículo m2808. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2808>

Wang, C., Xu, M., & Zhang, Z. (2020; Mayo). A case of COVID-19 with long duration of viral shedding. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*. Prepublicación on line. <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.05.008>

Wise, J. (2020, Julio). Covid-19: Symptoms are common after acute phase of disease, Italian study shows. *BMJ*, 370, Artículo m2804. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2804>

WHO Rapid Evidence Appraisal for COVID-19 Therapies Working Group. (2020, Septiembre). Association Between Administration of Systemic Corticosteroids and Mortality Among Critically Ill Patients With COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA*, 324, Artículo e2017023. Prepublicación on line. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.17023>

World Health Organization. (2020, Junio). Criteria for releasing COVID-19 patients from isolation: scientific brief. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332451/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Discharge_From_Isolation-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

