

Editorial

COVID-19 y lecciones no aprendidas

COVID-19 and lessons not learned

Ruth María Peralta Giménez¹ 

¹Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Centro Médico Nacional, Hospital Nacional, Departamento de Medicina Interna. Itauguá, Paraguay

A finales de diciembre del 2019, China notificó un grupo de casos de neumonía de causa desconocida que luego se identificaría como síndrome respiratorio agudo severo causado por el coronavirus 2 (SARS-CoV-2)⁽¹⁾. Debido a la transmisión mundial generalizada de Covid-19, la Organización Mundial de la Salud la declaró pandemia el 11 de marzo de 2020⁽²⁾. El primer caso de COVID-19 en Paraguay fue diagnosticado el 7 de marzo de 2020 en una persona que había regresado de Ecuador⁽³⁾. El 10 de marzo se declaró cuarentena parcial que incluyó medidas como suspensión de clases, actividades sociales que generen aglomeración, limitación en la circulación nocturna, en fecha 20 de marzo, se confirmó el primer caso de circulación comunitaria y ese mismo día se declara cuarentena total a través de un decreto presidencial. Estas medidas fueron tomadas en un intento de enlentecer la propagación del agente causal, evitar el contagio masivo y por consiguiente el colapso del sistema de salud. Este tiempo de confinamiento sirvió para poner en marcha políticas de gobierno destinadas a fortalecer los centros hospitalarios, construir hospitales de contingencia bajo los estándares de calidad internacionales, dotarlos de equipamientos necesarios para la atención de los pacientes y adquirir equipos de bioseguridad para protección del personal sanitario. Para noviembre, Paraguay ha confirmado más de 70000 casos de COVID-19, el número de fallecidos asciende a más de 1500, siendo la tasa de letalidad de 2,2 % y la tasa de mortalidad de 20,4 por 100000 habitantes, a nivel país^(4,5). El Centro Médico Nacional, Hospital Nacional es uno de los hospitales denominados de referencia para patologías respiratorias, con la construcción de un bloque de contingencia con 100 camas destinadas exclusivamente para enfermos con patologías respiratorias ocasionado por el SARS-CoV-2 distribuidos entre Unidad de Cuidados Intensivos e internación en Sala de Cohorte. Esta nueva situación forzó una reorganización en la recepción, acogida y clasificación de los usuarios del servicio hospitalario, desde el triaje en donde son catalogados conforme su motivo de consulta y posterior transferencia a la Urgencia Polivalente o Urgencia



Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de [Licencia de Atribución Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que se acredite el origen y la fuente originales.

Como citar este artículo: Peralta Giménez RM. COVID19 y lecciones no aprendidas. (Editorial). Rev. Nac. (Itauguá). 2020;12(2):001-003

Respiratoria donde son atendidos bajo normas de bioseguridad y tratados en base a protocolos de manejo del paciente COVID-19.

A medida que fue desarrollándose la pandemia, fuimos aprendiendo sobre la evolución de la patología, las características del germen, los factores de riesgo para mala evolución y cuáles serían las medidas efectivas para evitar el contagio^(6, 7).

El riesgo de contagio aumenta en ciertas situaciones, como exposición prolongada y cercana, contacto con gotitas de *flügge* de pacientes infectados, permanecer en áreas poco ventiladas, utilización inadecuada las mascarillas, eliminación incorrecta los fomites o elementos de higiene personal⁽⁸⁾.

Es por esto que paralelamente a la preparación para la atención hospitalaria se ha impulsado campañas de difusión masiva desde todas las plataformas sobre la prevención y disminución del riesgo de contagio en la población en general⁽⁷⁾.

Al existir tanto acceso a la información sobre la prevención, ¿en que hemos fallado para que prácticamente a 1 año de la pandemia no hayamos podido controlar la propagación y disminución del número de contagios? son esas las lecciones no aprendidas en base a experiencias en países europeos y del continente asiático.

Hemos pasado desde una cuarentena total en marzo y abril al relajamiento total y casi abandono de las medidas de bioseguridad en la actualidad, tal vez por la información compartida en las redes sociales y en los medios de comunicación, sin un sustento científico, y por la pérdida de credibilidad en el gobierno. La percepción de los factores de riesgo para contraer COVID-19 en la población general ha motivado la realización de una encuesta difundida a través de redes sociales y se ha obtenido como resultado la pobre percepción del riesgo, que las medidas sanitarias tan repetidas no son habituales en la gran mayoría y aquellos que si las han adoptado es como consecuencia del contacto cercano con los infectados y aquellos que tienen mejores condiciones socioculturales⁽⁷⁾.

Incluso hoy, luego de haber atravesado un buen tramo de lo que creemos es la primera ola de la pandemia, debemos seguir insistiendo a través de todos los canales de difusión posible que lo único que ha resultado hasta para la prevención de la propagación de la enfermedad son las ya muy trilladas, 3 reglas básicas: distanciamiento social, higiene de manos y uso correcto de tapabocas. No podemos relajar las medidas sanitarias de lo contrario la segunda ola de casos encontrará un sistema de salud tal vez fortalecido en términos de infraestructura, pero con personal sanitario agotado.

De esta enfermedad debemos aprender la lección de la prevención, el “modo seguro de vivir” y cambiar nuestra conducta egoísta como sociedad para intentar avanzar a pesar de la adversidad. Parafraseando a Alejandro Magno debemos recordar que “de la conducta de cada uno depende el destino de todos”

Dra. Ruth María Peralta Giménez

Editorialista invitada

Correo electrónico: ruth3012@gmail.com

REFERENCIAS

1. McMichael TM, Currie DW, Clark Sh, Pogosjans S, Kay M, Schwartz NG, et al. Epidemiología de Covid-19 en un centro de atención a largo plazo en el condado de King, Washington. *N Engl J Med.* 2020; 382: 2005-2011. doi: 10.1056/NEJMoa2005412.
2. World Health Organization [Internet]. Characterizes COVID-19 as a pandemic. In: Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19). Ginebra: WHO. 2020. [actualizado 2020 July 31; citado 2020 nov 15] [Aprox. Pantalla 132]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>
3. Organización Panamericana de la Salud (Paraguay), Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Paraguay confirmó el primer caso de COVID-19. Asunción: OPS/OMS; 2020. [actualizado 2020 mar 8; citado 2020 nov 15] [Aprox. 4 pantallas]. Disponible en: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=2375:paraguay
4. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [Internet]. Asunción: El Ministerio; 2020. [actualizado 2020 nov 15; citado 2020 nov 15]. Reportes - Covid19. [Aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/reporte-covid19.html>
5. Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Vigilancia de la Salud, Centro de Información Epidemiológica/DGVS. Sala de situación epidemiológica: Coronavirus/COVID-19 en Paraguay. Asunción: El Ministerio. 2020; Reporte N° 48. 50 diapositivas. Disponible en: http://www.vigisalud.gov.py/files/boletines_covid19/SE46_2020_Boletin_Covid19.pdf
6. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Preguntas y respuestas sobre COVID-19 y temas de salud relacionados. Ginebra: WHO; 2019. [citado 2020 nov 15]. [Aproximadamente 8 pantallas]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub>
7. Ríos González CM, Ríos González DN. Percepción del riesgo de la enfermedad COVID-19 y sus factores relacionados en Paraguay. *Rev. Nac. (Itauguá).* 2020;12(2):004-015.
8. Gudbjartsson DF, Helgason A, Jonsson H, Magnusson OT, Melsted P, Norddahl GL, et al. Spread of SARS-CoV-2 in the Icelandic Population. *N Engl J Med.* 2020;382(24):2302-2315. doi: 10.1056/NEJMoa2006100.