

Tratamientos ambulatorios contra el COVID-19

Análisis escrito por [Dr. Joseph Mercola](#)

✓ Datos comprobados

HISTORIA EN BREVE

- › Desde que comenzó la pandemia de COVID, se les dijo a los médicos que no podían utilizar ningún tratamiento que no se hubiera sometido a ensayos controlados aleatorios. La mayoría de los éxitos clínicos se han ignorado y se han rechazado de manera rotunda
- › El grupo Frontline COVID-19 Critical Care Alliance (FLCCC) fue uno de los primeros grupos en publicar una guía para tratar el COVID. Desde entonces, han desarrollado protocolos para prevenirlo y tratarlo en el hogar, un tratamiento hospitalario y una guía para tratar las secuelas del COVID que se actualiza a medida que se obtiene más información
- › Los corticosteroides pueden ser una herramienta efectiva para reducir la inflamación, pero parecen importantes para tratar la infección avanzada por COVID. Los esteroides no se deben utilizar al principio, pero pueden salvar vidas después de que una persona desarrolle signos de trastorno pulmonar y de que requiera oxígeno
- › La ivermectina tiene propiedades antivirales y antiinflamatorias, igualmente es beneficiosa en todas las etapas del COVID-19, ya que sirve tanto para prevenir como para tratar la enfermedad avanzada
- › Otros protocolos efectivos incluyen el protocolo AAPS, el protocolo Tess Laurie's World Council for Health y el protocolo America's Frontline Doctors'

El Dr. Pierre Kory es uno de los líderes que encabeza el movimiento para brindar un tratamiento a tiempo para la infección por COVID. El Dr. Kory es un médico de cuidados intensivos (especialista en UCI), certificado en medicina pulmonar y hace parte del

grupo *Frontline COVID-19 Critical Care Alliance* (FLCCC), que fue uno de los primeros grupos en publicar guías para tratar el COVID.

El Dr. Kory pasó la mayor parte de su carrera en el *Beth Israel Medical Center* en Manhattan, Nueva York, donde ayudó a dirigir la unidad de cuidados intensivos. También tenía una práctica ambulatoria muy ocupada. Hace unos seis años, lo reclutaron en el Centro Médico *St. Luke's Aurora* en Milwaukee, Wisconsin, donde dirigió el servicio de cuidados intensivos. "Cuando apareció el COVID, yo ocupaba un puesto de dirección. Y renuncié por la forma en que manejaron la pandemia", dice el Dr. Kory.

Las opciones de tratamiento las prohibieron de manera rotunda

El hospital *St. Luke's*, como la mayoría de los hospitales en los Estados Unidos, insistió en brindar solo atención de apoyo, razón por la cual el Dr. Kory se negó a permanecer en su puesto. Por primera vez en la historia médica, a los pacientes se les dijo que sufrieran en casa hasta que estuvieran cerca de la muerte y que después fueran al hospital donde se les sometería a un tratamiento mortal con ventilador.

"Sabía que existían muchos tratamientos que podíamos utilizar [pero] el problema es que no utilizábamos nada", dice. De hecho, se les dijo a los médicos que no utilizarán anticoagulantes, a pesar de que la coagulación de la sangre estaba "demasiado alta" en muchos pacientes. "Era posible extraer sangre y ver la rapidez con la que se coagulaba en los tubos", dice.

Parece que la enfermedad no es la misma que en un principio. Ya no tenemos casos con altas tasas de coagulación de la sangre, lo cual es una buena noticia.

Pero por alguna razón, desde el principio "nos decían que necesitábamos ensayos controlados aleatorios para hacer cualquier cosa", dice el Dr. Kory, y hasta el día de hoy, las autoridades de salud se niegan a reconocer cualquier protocolo de tratamiento que no sea el Remdesivir y las vacunas experimentales antiCOVID.

"Las personas se morían y no podía hacer nada porque [solo] silenciaban mis ideas. Mis superiores se presentaban [a mis reuniones clínicas] y hacían que

me retirara, porque hablaba de que deberíamos hacer varias cosas y ellos no querían hacer nada.

Entonces, dije: 'Hasta aquí'. Renuncié a mediados de abril de 2020. Luego fui a Nueva York durante cinco semanas y dirigí mi antigua UCI en Nueva York".

La importancia de los esteroides para tratar el COVID-19

En mayo de 2020, el Dr. Kory testificó ante el Senado de los Estados Unidos y destacó la importancia de utilizar esteroides durante la fase hospitalaria de esta infección. En ese momento, todavía trabajaba para la Universidad de Wisconsin. Su fecha de renuncia aún no llegaba y "estaban muy enojados porque yo hablaba en público y daba mi opinión".

Esto es increíble, porque cuando una persona es un experto en el campo, "es responsable de compartir sus conocimientos y experiencias", dice. "Sin embargo, estaban muy enojados de que yo hiciera eso".

Siete semanas después, justificaron las opiniones del Dr. Kory cuando salieron los resultados del ensayo *British Recovery* que demostraban los beneficios de los corticosteroides. Desde entonces, los esteroides se han convertido en parte del estándar de atención en la fase hospitalaria.

Los esteroides son una herramienta muy efectiva para reducir la inflamación, pero parecen muy importantes para tratar la infección avanzada por COVID. Un amigo cercano contrajo un caso muy grave de COVID-19 y empeoró a pesar de tomar todo lo que le recomendé.

Conocía al Dr. Peter McCullough, por lo que le envié un mensaje de texto y le dijeron que agregara prednisona y aspirina a su régimen actual. Mejoró tan pronto como tomó la prednisona.

El Dr. Kory dice que esta es una experiencia común. Es importante destacar que la evidencia demuestra que cuando los corticosteroides se utilizan a tiempo y durante una infección leve, hacen más daño que bien. Pero una vez que la enfermedad avanza y el

paciente comienza a presentar un trastorno pulmonar o a requerir oxígeno, los esteroides son fundamentales y tienen el potencial de salvar vidas.

Los esteroides se deben utilizar en el momento correcto

Una de las razones de esto es que la infección por SARS-CoV-2 causa una inflamación muy compleja. El Dr. Kory dice que el COVID-19 severo es un síndrome que activa los macrófagos. Los macrófagos hiperinflamatorios (un subtipo de macrófagos) son los encargados de dañar los órganos. Por lo tanto, debe utilizar medicamentos que limiten su actividad o que los conviertan en macrófagos hipoinflamatorios.

Lo más importante es utilizar los esteroides en el momento correcto, ni demasiado temprano ni demasiado tarde, según el margen de Goldilocks. No existen reglas estrictas para eso, ya que cada paciente es diferente, pero como regla general, NO lo use hasta que los síntomas empeoren o cuando presente problemas para respirar.

El protocolo ambulatorio del Dr. Kory incluye prednisona el día siete, ocho o nueve, siempre y cuando no vea una mejoría. Es importante NO utilizarla al principio del curso de la enfermedad, ya que empeorará la infección al aumentar la reproducción viral.

La dosis recomendada es de 1 miligramo de prednisona o metilprednisolona por kilogramo de peso corporal. Cuando utiliza metilprednisolona (Medrol) (la cual prefiere el Dr. Kory porque las concentraciones en el tejido pulmonar son más altas que la prednisona) debe dividirla en dos dosis diarias. El Dr. Kory no recomienda utilizar dexametasona, ya que no funciona tan bien para las enfermedades pulmonares. Sin embargo, la mayoría de los médicos en los Estados Unidos recomiendan la dexametasona si usan esteroides.

Pero la dosis podría aumentar dependiendo de la gravedad y la trayectoria de la infección. "Tal vez doblaré o triplicaré la [dosis] hasta que pueda estabilizarlos", dice.

"Una vez que dejan de utilizar el oxígeno, disminuyo el esteroide durante casi una semana a 10 días, a veces menos. Depende de cuánto tiempo hayan recibido oxígeno. Si estuvieron con oxígeno por poco tiempo, retiro rápido el

esteroide, pero sí estuvieron con oxígeno por más tiempo, lo retiro de forma más lenta. De lo contrario, no lo retiro por completo hasta que dejan de utilizar el oxígeno".

Cuándo utilizar anticoagulantes

Como se mencionó antes, mientras que los primeros casos de COVID-19 involucraban una coagulación sanguínea severa, parece que esa característica de la infección disminuyó. Incluso cuando se produce un caso de coagulación, suele ser mucho más leve de lo que veíamos al principio. Aun así, los anticoagulantes pueden ser un componente importante en estos casos.

"Lo que hago con los casos de coagulación es que por lo general evalúo el dímero D al ingreso. El dímero D es un marcador de lesión endotelial y coagulación. En pacientes con dímeros D normales, solo hago dosis de profilaxis de rutina. Si su nivel está un poco elevado, administro dosis moderadas, pero si está muy elevado, administro dosis completas de anticoagulantes", explica el Dr. Kory.

Por lo general, utiliza un anticoagulante llamado Lovenox. Los pacientes también reciben dosis completas de aspirina, a menos que exista una contraindicación. Creo que las enzimas fibrinolíticas como la lumbroquinasa y la nattoquinasa, que ayudan a degradar la fibrina, podrían ser una mejor alternativa que la aspirina. La N-acetilcisteína (NAC) es otro posible candidato. Sin embargo, el Dr. Kory aún no está convencido:

"Utilizamos NAC en diferentes modelos de enfermedades a lo largo de los años. Es un tratamiento estándar para tratar la sobredosis de acetaminofén, pero no para la fibrosis pulmonar. En medicina pulmonar, en la cual soy un experto, estudiamos por décadas la NAC para eso. Ninguno de los estudios dio resultado. De hecho, no funcionó en la sepsis.

Por eso creemos que es un medicamento muy efectivo para tratar las enfermedades graves. Además, es un buen antioxidante. Creo que tiene efectos

anticoagulantes, pero creemos que es insuficiente. Por esa razón creemos que para la fase hospitalaria es completamente insuficiente".

Vitamina C

Otro componente importante es la vitamina C por vía intravenosa. Aunque algunos hospitales universitarios podrían administrar vitamina C por vía intravenosa, la mayoría no lo hace, pero es posible que pueda recibirla en otro hospital local. Es importante destacar que para que la vitamina C funcione se debe administrar dentro de las primeras seis horas después de ingresar a la UCI, y podría ser similar al tratar el COVID.

Esto es muy cierto para las dosis bajas recomendadas por el protocolo Math + de 1500 mg o 1.5 gramos. Muchos médicos de medicina natural utilizarán de 25 a 50 gramos de vitamina C por vía intravenosa para pacientes ambulatorios, pero la mayoría de los hospitales no permitirán una dosis tan alta, aunque es probable que las dosis más altas funcionen, siempre y cuando no haya pasado el período de tratamiento inicial (las primeras seis horas). La lógica pragmática es la razón por la que el protocolo Math + utiliza dosis tan bajas.

Una sugerencia sería llamar al hospital de su preferencia para investigar si la pueden administrar para tratar el COVID. De lo contrario, si usted o un miembro de su familia ingresan por COVID o sepsis, puede pedirle a su médico que se la recete y llevarla al hospital. Obvio que lo más importante es tener un médico que esté dispuesto a utilizarla. Ya que algunos no quieren.

"Debería haber visto las oposiciones a las que me enfrenté. En un momento, yo era el director de la UCI principal de la Universidad de Wisconsin y los datos eran tan abrumadores que dije: 'Oigan ¿por qué no comenzamos con un protocolo en el que les demos a todas las personas vitamina C por vía intravenosa al ingresar? ¿Cuál es la desventaja?

Todo el mundo empezó a hablar de cálculos renales y todas esas tonterías, pero tenemos muchos datos para demostrar que eso no sucede en enfermedades agudas ni en formulas por vía intravenosa. Siento que vivo en

una caricatura de la medicina, ya que cada vez que hablo de algo con alguien, se niega a creer que funcionará. Porque si funcionara, lo harían. Es extraño".

El protocolo FLCC

Por desgracia, la ignorancia de muchos médicos mata a muchos pacientes de COVID que podrían y deberían haberse salvado. No hay duda de que protocolos, como el que desarrolló el grupo FLCC y los otros grupos que mencionaré a continuación, podrían haber salvado a muchas personas si se hubieran implementado desde el principio. Sin embargo, a pesar de su éxito, existen muchos hospitales que no los utilizan.

"Nuestro protocolo está en constante evolución" dice. "No decimos que esta sea la única forma de tratarlo. Pero sí es como decidimos tratarlo. Nos reservamos el derecho de no darles prioridad, cambiar la dosis o sustituir un nuevo medicamento.

Queremos seguir los datos, la experiencia y el conocimiento de esta enfermedad. Ese es el primer paso. En segundo lugar, todos nuestros protocolos son protocolos de terapia combinada.

Por cierto, eso es lo que desconcierta a los médicos. ¿Sabe por qué? Porque quieren saber, ¿cómo sabe que esto es necesario? Existen pruebas de cada componente que demuestran que son efectivos. Creemos que son sinérgicos, pero nunca haremos una prueba para evaluar todos los componentes de nuestros protocolos.

Pero por suerte existen más protocolos. La AAPS tiene un protocolo.¹ El World Council for Health² tiene varias opciones. Por lo tanto, existen muchos médicos que podrían enfatizar o restar importancia a un medicamento en nuestro protocolo. Y no pretendemos que el nuestro sea el único. Pero confiamos mucho en él.

La mayoría de nuestros medicamentos se reutilizan, lo que significa que no son nuevos. Se conocen desde hace décadas al igual que sus perfiles de seguridad,

tienden a ser económicos y sus mecanismos también se conocen. La ivermectina es un medicamento que utilizamos en todos nuestros protocolos por muchas razones, para prevenir y tratar a tiempo, durante la estadía en el hospital y en la fase tardía como para las secuelas".

¿Por qué la ivermectina?

Como señaló el Dr. Kory, la ivermectina es un antiviral muy potente. "Eso se ha demostrado durante 10 años en el laboratorio con varios virus", dice. "Demostraron que impide la reproducción del virus del Zika, dengue, Nilo Occidental e incluso el VIH. Y además los estudios clínicos son contundentes", continúa:

"¿Puedo preguntar si alguien cree que la ivermectina es un medicamento controvertido?, porque en realidad no lo es.

Es un medicamento que está envuelto en la corrupción, y la corrupción suprime su efectividad. Existen muchos poderes que no quieren que se conozca la efectividad de este medicamento. Porque si se conoce y se convierte en un estándar de atención, eliminará el mercado de varios productos farmacéuticos.

Cuando analiza las medidas que se han tomado contra la ivermectina, solo se puede entender que amenaza algo grande y poderoso. Se ha atacado a pesar de que se ha utilizado en 64 ensayos controlados donde la mayoría demuestra muchos beneficios.

Sin embargo, la distorsionan para que parezca controvertida. Es absurdo. Sabemos que sí funciona. Lo sabemos por estudios en animales in vitro, in vivo y series de casos".

Una de las primeras series de casos de República Dominicana, se publicó en junio de 2020. Trataron a 3300 pacientes con COVID en la sala de emergencias con ivermectina. De ellos, solo 16 ingresaron al hospital y uno murió. Eso es un gran resultado, en especial si se considera que se trataba de personas muy enfermas.

Sin embargo, es importante destacar que existe una relación dosis-respuesta con la carga viral. Se demostró que la variante Delta produce cargas virales que son 250 veces más altas que la variante Alpha y, a medida que la variante Delta empezó a predominar, ocurrió un repunte de casos en el protocolo de prevención.

"Yo soy uno de ellos. Tuve COVID cuando tomaba la ivermectina cada semana", dice el Dr. Kory. "Ahora la tomamos dos veces por semana. ¿Es la dosis correcta? No estamos seguros. Pero con una dosis más alta, vemos menos repuntes. ¿Podría ser más alta? Quizás. Pero, sabemos que funciona como medida preventiva".

También se utilizan dosis más altas de ivermectina para tratar la variante Delta. El medicamento es muy efectivo en etapas más avanzadas gracias a sus propiedades antiinflamatorias. A diferencia de otros medicamentos, la ivermectina es beneficiosa en todas las etapas de la infección.

Es muy importante optimizar el nivel de vitamina D

Otros componentes de los protocolos de prevención y tratamiento del FLCC incluyen productos que tienen propiedades antivirales, antiinflamatorias o una combinación de las mismas, como melatonina, quercetina, zinc y anticoagulantes como la aspirina.

“ Si aún no lo ha hecho, le recomiendo que optimice su nivel de vitamina D en la sangre y si está por debajo de los 40 ng/ml, debe comenzar a tomar un suplemento por vía oral. No espere hasta que esté enfermo.”

Lo mejor sería que todas las personas optimizaran su nivel de vitamina D antes de requerir cualquier tratamiento para el COVID. Si aún no lo ha hecho, le recomiendo que optimice su nivel de vitamina D en la sangre, y, si está por debajo de los 40 ng/ml, comenzar a tomar un suplemento por vía oral. No espere hasta que esté enfermo. La

literatura médica sugiere que si se hubiera optimizado el nivel de vitamina D en toda la población a un nivel superior a los 40 ng/ml, se hubiera disminuido la morbilidad y la mortalidad por COVID en casi un 80 %.

"No hay duda," dice el Dr. Kory. "De hecho, existe un estudio con una enorme base de datos donde observaron a los pacientes que midieron sus niveles de vitamina D antes de enfermarse. Estimaron que en los 50 ng/mL la mortalidad era cero, y no hicieron un modelo de regresión logística.

El gobierno federal sabe que la deficiencia de vitamina D es muy común en las casas de retiro [y en las minorías]. Entonces, el hecho de que no tuviéramos un protocolo de vitamina D a nivel nacional es un crimen. Literalmente, es un crimen".

En el protocolo de tratamiento hospitalario, el FLCCC recomienda utilizar calcitriol, 0.5 microgramos el primer día y 0.25 mcg durante seis días. El calcitriol es la forma activa de vitamina D que por lo general se produce en los riñones.

Esto se debe a que el consumo regular de vitamina D por vía oral fracasa en condiciones agudas, ya que tarda semanas en metabolizarse a su forma activa. El calcitriol es la forma activa, por lo que comenzará a actuar de inmediato. Sin embargo, también se puede tomar vitamina D, ya que en algún momento se alcanzarán niveles adecuados en la sangre y se podrá suspender el calcitriol.

Por qué a los hombres les va peor que a las mujeres con el COVID

Como se mencionó antes, el protocolo también incluye una serie de nutracéuticos, como quercetina y zinc. Otro medicamento que parece prometedor es la fluvoxamina, un antidepresivo. El Dr. Kory dice:

"Los estudios siguen dando el mismo resultado, e incluso de forma clínica, algunos de mis colegas que incorporaron la ivermectina con fluvoxamina experimentaron menos fallas en el tratamiento. La considero muy efectiva, pero

no alivia a todo el mundo. Notaron cómo un tratamiento ocasional falló y dijeron que mejoró cuando los utilizaron en combinación.

Para alguien mayor o con una enfermedad más avanzada, más comorbilidades, obesidad o diabetes, tiendo a hacer todo lo que sea posible. Intento utilizar tantos elementos del protocolo como pueda. Por lo que agregaré fluvoxamina.

Las reglas del juego ahora incluyen a los antiandrógenos. Utilizamos espironolactona, que es un diurético ahorrador de potasio, en dosis superiores a 100 mg al día. Tiene potentes propiedades antiandrogénicas, así como dutasterida, un inhibidor de la 5-alfa reductasa, que también suprime la testosterona.

Los andrógenos parecen fomentar esta enfermedad, no solo en términos de impulsar la reproducción viral, sino en contribuir con el proceso de inflamación. Las pruebas sobre eso han demostrado ser muy efectivas, lo que significa que tenemos una nueva faceta de este antiandrógeno. Lo he utilizado en algunos de mis pacientes mayores o con enfermedades más avanzadas. Lo agregaré bastante rápido".

Recomendaciones para tratar el COVID en el hogar

Aunque puede ser difícil encontrar un médico que esté dispuesto a tratar el COVID-19 con el protocolo FLCCC (o cualquier otro), muchos de los que están dispuestos hacen uso completo de la medicina a distancia.

Puede encontrar una lista de médicos que pueden recetar ivermectina y otros medicamentos necesarios en el [Sitio web de la FLCCC](#). Allí también puede encontrar archivos PDF descargables en varios idiomas para conocer tratamientos de [prevención y tratamiento en el hogar](#), de [protocolo intrahospitalario](#) y una [guía para tratar las secuelas del COVID-19](#).

Otros tres protocolos muy efectivos son:

- [El protocolo AAPS](#)
- El protocolo Tess Laurie's [World Council for Health](#)
- [America's Frontline Doctors](#)

Esto incluye mucha información que podría serle útil, en especial si está cansado, enfermo con COVID o si tiene un miembro de la familia con dicho problema. Yo revisé todos los protocolos y creo que el del FLCCC es el más fácil y efectivo. Lo publicaré más abajo, pero modifiqué algunas de las dosis y agregué algunas terapias que aún no han incluido, como:

Nebulizar 5 ml de peróxido de hidrógeno al 0.1 %, disuelto en solución salina normal al 0.9 % cada una o dos horas. Es mejor utilizar un nebulizador que se enchufa a la pared, ya que son más efectivos que los que funcionan con baterías.

Administrar ozono por vía intravenosa por un médico especializado.

Administrar 500 mg de NAC dos veces al día.

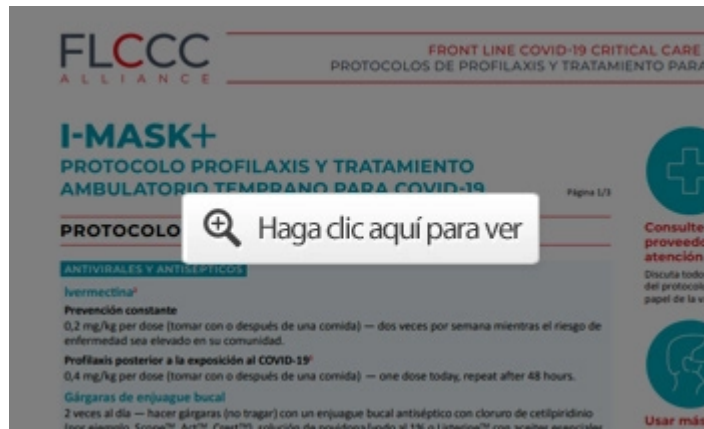
Consumir miel sin procesar y no miel del súper mercado. La miel sin procesar se puede obtener en línea o en una tienda naturista.

Consumir de dos a cuatro cápsulas de enzimas fibrinolíticas como lumbroquinasa, serrapeptidasa o nattoquinasa, dos a tres veces al día, con el estómago vacío (una hora antes o dos horas después de cada comida). Esto ayudará a desintegrar los microcoágulos.

Disminuir la dosis de zinc elemental de 100 mg a 50 mg, pero solo durante tres días, luego bajarla a 15 mg.

Aumentar el consumo de quercetina de 250 mg a 500 mg.

Sustituir la vitamina C regular por vitamina C liposomal y proporcionar de 1000 a 2000 mg, 4-6 veces al día.



Fuentes y Referencias

- [1 AAPS COVID Protocol](#)
- [2 World Council for Health COVID Protocol](#)