

CONVERSACIONES ONLINE
DESDE LA FUNDACIÓN RAMÓN ARECES



LA *Situación Sanitaria* FRENTE A LA *Pandemia*



C — O — V
| | |
I — D — •
| | |
• — 1 — 9

El pasado 26 de mayo, la Fundación Ramón Areces organizó la primera de una serie de 'Conversaciones' online. El tema elegido no podía ser de mayor actualidad y preocupación que 'La situación sanitaria frente a la pandemia Covid-19'.

El encuentro, que estuvo moderado por Emilio Bouza, Catedrático de Microbiología de la Universidad Complutense de Madrid y miembro del Consejo Científico de la Fundación Ramón Areces, pudo seguirse a través del canal de vídeos de la web de la Fundación: www.fundacionareces.tv/directo. Quienes no tuvieron oportunidad de asistir a aquella primera emisión, pueden acceder a ella a través del canal de vídeos de la web, así como en el canal de Youtube de esta casa.

Por **CARLOS BUENO**



BOUZA tuvo como compañeros de conversación a Mariano Esteban, Profesor de Investigación del CSIC; Ángel Asensio, Jefe de Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Puerta de Hierro de Madrid y Patricia Muñoz, Jefe de Servicio de Microbiología y Enfermedades Infecciosas del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Todos ellos han vivido la evolución de la pandemia muy de cerca y desde unas posiciones de conocimiento privilegiadas. Con la sabiduría que les otorga su experiencia y su capacidad analítica fueron recogiendo todos los guantes que les iba lanzando el doctor Bouza y ofreciendo titulares jugosos. El moderador agilizó esta charla con esas preguntas de difícil respuesta que todos los ciudadanos nos hemos hecho durante los últimos meses una y otra vez: ¿Por qué es tan letal este virus? ¿Qué le ha hecho propagarse de esta manera tan rápida? ¿Cómo ha sido la respuesta del sistema sanitario? ¿Se podía haber reducido su impacto? ¿La vacuna será la solución? ¿Para cuándo llegará? ¿Habrán nuevos rebotes? ¿Qué lecciones podemos extraer de todo lo sucedido?

Dijo Mariano Esteban que la vacuna tardará en llegar entre un año y año y medio. Patricia Muñoz recordó cómo los especialistas han ido combinando fármacos para acabar con el virus acorde a la situación de cada paciente. Ángel Asensio reconoció que probablemente

no sabremos nunca la cifra real de fallecidos por la pandemia. Emilio Bouza lamentó que especialidades médicas como la de enfermedades infecciosas o la microbiología hayan sido desterradas de muchos hospitales.

Todo es nuevo y todo cambia

Empezó Bouza reconociendo que esta primera conversación online para analizar el Covid-19 desde el punto de vista médico y científico, a buen seguro originará en el futuro un amplio simposio científico sobre el mismo tema también en la Fundación Ramón Areces. Y fue directo en su primera pregunta: “¿Qué tiene este virus que no tienen otros? ¿Por qué esta agresividad?”.

Mariano Esteban empezó reconociendo que se trata de un virus nuevo “del que desconocemos su capacidad de extenderse en la población”. “Sabemos, y esto es muy importante, que se transmite con gran facilidad por las vías respiratorias altas, lo que lo distingue de sus hermanos, los coronavirus SARS de 2002 y el MERS de 2012. Encuentra con mucha más facilidad células que tienen receptores ACE2, sobre todo alojados en las mucosas. Esto le convierte en más dominante que anteriores coronavirus”. Y recordó, este investigador del CSIC, cómo de los siete coronavirus que conocemos que afectan a humanos, cuatro de ellos son muy atenuados y que



De izquierda a derecha. Arriba: Patricia Muñoz y Emilio Bouza. Abajo: Mariano Esteban y Ángel Asensio.

pasamos como un catarro común, mientras que el Covid-19, el SARS y el MERS cursan con mayor gravedad.

Una vez descrita la enfermedad, el doctor Bouza preguntó a Ángel Asensio sobre la realidad de las cifras tan diversas que recibimos tanto globales, como europeas o españolas. “¿Cuánto crees que infraestiman estas cifras la realidad del problema?”

El especialista del Hospital Puerta de Hierro de Madrid admitió que “es muy complicado medir este problema, en estos momentos

con más de cinco millones de casos diagnosticados en todo el mundo”. “En Estados Unidos, Rusia, Reino Unido, Italia, Francia, España y Alemania es donde más casos tenemos declarados, pero estos casos están infraestimados porque ha variado mucho la disponibilidad para realizar las pruebas. Ahora se están haciendo más pruebas, pero antes decíamos a los pacientes que si no estaban lo suficientemente enfermos no acudieran al hospital ni a su centro de salud y que se tomaran un antitérmico. A mucha gente no se le ha hecho la prueba”. Y añadió Asensio que gracias a las encuestas de seroprevalencia va-

mos conociendo mejor la incidencia real de la pandemia. “De momento, ya identifica que algo más del 5% de los ciudadanos ha estado infectado por el virus, cuando la cifra de casos confirmados hablaba de 4,2 contagiados por cada mil. Eso significa que es más de diez veces superior a la cifra de infectados oficial. También por esta encuesta vamos conociendo que muchos de ellos no han tenido síntomas o han sido mínimos. Los datos oficiales representan una pequeña parte de la pirámide o del iceberg que aflora, pero la magnitud de los casos es mucho mayor”.

Bailes de cifras

El doctor Bouza recordó cómo estos sobresaltos de las estadísticas también fueron habituales en anteriores pandemias: “Primero se conoce una parte, la más grave, y después se va ampliando el foco a todos los demás casos. Además, la seroprevalencia tampoco lo mide todo”. A lo que el doctor Asensio añadió dándole la razón: “Por supuesto y, de hecho, hasta donde yo sé, un 20% de los pacientes infectados no van a ser seropositivos”.

Patricia Muñoz tomó la palabra para repasar la sorpresiva evolución de la enfermedad. “Al principio parece una patología respiratoria que presenta fiebre, tos y dificultad para respirar, pero luego detectamos otras manifestaciones como dolor de cabeza, la pérdida del gusto o el olfato, diarreas, lesiones cutáneas en ocasiones muy llamativas, incluso afecciones cardíacas, trombosis en grandes vasos... Nos queda mucho por aprender de la enfermedad”. De hecho, manifestó sus dudas sobre si el Covid-19 va a dejar secuelas a largo plazo o si los pacientes se recuperarán completamente. Y se hizo esta pregunta por el momento retórica: ¿Por qué hay pacientes asintomáticos y otros que van a la UCI? “Un 5% de los pacientes van a estar muy graves, un 15% son los que

están lo suficientemente mal como para ir al hospital a hacerse la prueba y luego tenemos a otro 80% que o no se entera de que ha pasado la enfermedad o lo ha hecho con mínimas molestias. ¿Por qué unos son asintomáticos y otros tienen que ir directos a la UCI? No lo sabemos. Puede haber una predisposición genética, distinta cantidad de receptores en unos y en otros...” Hizo referencia a otros factores como la edad, el hecho de sufrir enfermedad renal o pulmonar previa, también la afección de la obesidad... aumenta claramente el riesgo de mala evolución. Sobre el baile de cifras, esta especialista del Hospital Gregorio Marañón de Madrid se mostró sorprendida por la baja mortalidad en China, cuestionó esos datos y sigue sin entender por qué allí la mediana de edad de los afectados era de cuarenta y tantos años mientras que aquí dicha mediana era superior a los 60 años, con una proporción altísima de mayores de 75 años.

El moderador reflexionó sobre la “obsesión” actual por medir la temperatura de las personas en aeropuertos o para controlar el acceso a locales públicos. También se preguntó sobre la conveniencia o no de utilizar la fiebre como posible “criterio discriminador”. Patricia Muñoz reconoció que las recomendaciones que se están dando es que con un solo síntoma del Covid ya convierte a cualquiera en sospechoso de tener la enfermedad. “La fiebre sí es fácil de medirla y puede identificar a un ochenta y tantos por ciento de los afectados, pero no es un diagnóstico de exclusión 100%. Puedes tener la enfermedad y no tener fiebre. Entiendo que se haga, pero no es 100% sensible y por supuesto nada específica”, añadió.

Bouza pidió a la doctora Muñoz que relatará brevemente cómo había sido el paso de la pandemia por el Hospital Gregorio Marañón y cómo lo había vivido ella, en su condición de directora del grupo de enfermedades infecciosas y microbiología de este centro. Recor-

dó así que el primer paciente diagnosticado lo detectaron el 29 de febrero y que ingresó el 1 de marzo. Desde entonces, y hasta la celebración del coloquio el 26 de mayo, habían valorado en este centro a unos 5.600 pacientes, de los cuales más de la mitad fueron ingresados. “Ha sido increíble. El hospital se ha dado la vuelta como todos los hospitales españoles. En cuanto a camas, se han abierto un 33% más de plazas en lugares inverosímiles, como la biblioteca Marañón. La urgencia se transformó por completo. Se cancelaron las operaciones, también las consultas que estaban previstas... Todo era Covid. Las camas de UCI aumentaron un 400%. Todas las especialidades trabajaron para frenar la pandemia”. También aprovechó para recordar que en enero la Comunidad de Madrid convocó a una reunión a cuatro jefes de servicio de Microbiología de cuatro hospitales. “Ya en aquel encuentro se nos propuso si podíamos ensayar algún método diagnóstico. Así que nos pusimos con ello los cuatro y el 29 de febrero hicimos ese primer diagnóstico. Se hace por PCR y hasta la fecha hemos realizado 56.000 pruebas PCR solo en el Hospital Gregorio Marañón. Hubo un momento en el que el 85% de las pruebas daban resultado positivo”.

Anticuerpos sí o anticuerpos no

En este punto del encuentro, el doctor Bouza introdujo la discusión sobre “anticuerpos sí o anticuerpos no”. “¿Cómo resuelve la inmunidad la infección por coronavirus? ¿Los anticuerpos son realmente protectores? ¿Creéis que la inmunidad celular puede tener un papel que hemos explorado poco?”

Mariano Esteban, del CSIC, hizo referencia a los últimos estudios publicados para argumentar su respuesta: “Todos los virus al entrar en el organismo activan las alarmas de nuestro sistema inmunológico, se producen anti-

cuerpos que se pegan al virus y luego lo neutralizan. También está la respuesta celular, a través de la activación de los linfocitos T, que reconocen la célula infectada por el virus. En este caso, ya hay experimentos en macacos que demuestran que existe una correlación entre la producción de anticuerpos neutralizantes y la protección. Es muy interesante un trabajo recién publicado en ‘Science’, porque en humanos no hemos podido establecer esa correlación, como sí se está apreciando en modelos animales. Desconocemos si la respuesta celular es importante, pero sí sabemos que el 70% de las personas infectadas tienen una respuesta celular T, que es capaz de reconocer a la célula infectada. Esto nos está indicando que esta población de células está presente en las personas que han sido infectadas y que ya se han recuperado. También demuestra que entre el 40 y el 50% de las personas sanas que no había experimentado ningún síntoma tenía linfocitos T capaces de reconocer las células infectadas. Es importante ver por qué hay personas que resisten mejor que otras. Y puede ser debido a que hayan padecido antes otro coronavirus de esos menos graves de los que hablábamos antes, que pasamos como un simple catarro. Y que por ese motivo son capaces de reconocer al Covid-19”.

Bouza le hizo a Esteban una de esas preguntas que todos nos hacemos sobre la posible inmunidad: “Si alguien te llama y te consulta que se ha hecho un test de anticuerpos y ha dado positivo, ¿le dirías que está protegido?”. “Le diría que está protegido o vacunado con el virus vivo. Eso ayuda bastante según el grado de infección, porque no es igual a todas las personas y la carga viral puede ser más baja o más elevada. También depende de cómo proceda la infección, que puede ser más o menos agresiva. En esos casos, si es infectado de nuevo, igual es más suave y quizá no se entere. En cualquier caso, es muy positivo

tener anticuerpos frente a esta enfermedad”, respondió este investigador del CSIC. Al respecto, Esteban mencionó cómo este hecho puede reorganizar, por ejemplo, la vida en las residencias de ancianos. “Esos anticuerpos ayudan en la protección. Es cierto que no vamos a llegar a describir los elementos de protección en cada persona en concreto. Sí podemos tomar una posición en este caso y que estas personas puedan tener una vida más normal, porque no van a contagiar a otros y, en caso de contagiarse, no van a padecer la enfermedad en un estado tan grave. Es mucho más seguro”. “Eso es una gran ayuda viniendo de ti...”, le reconoció el moderador. A lo que el doctor Esteban añadió: “Las personas tenemos derecho a vivir, no a estar encerrados todo el tiempo. Está bien estar atrincherados, pero hasta que pase la tormenta, y luego seguir viviendo y disfrutando de la familia, de las amistades, de nuestro entorno...”

Cócteles de medicamentos

Bouza quiso conocer algo más sobre los tratamientos que se han aplicado y si funciona ya algún tratamiento antiviral o hay expectativas de un tratamiento eficaz.

La responsable de Microbiología y Enfermedades Infecciosas del Hospital Gregorio Marañón reconoció: “Hemos dado de todo y en distintas combinaciones y están apareciendo estudios descriptivos de casos y algunos ensayos clínicos con datos más sólidos, pero ahora mismo no tenemos unos datos mínimamente firmes”. Y explicó cómo la enfermedad suele presentar dos fases: “Una primera en la que creemos que el virus está ejerciendo un efecto y tenemos que dar antivirales; y luego la segunda fase en la que el paciente tiene una reacción inmunitaria -que se ha llamado tormenta de ‘citoquinas’- en la que casi creemos que el virus no es culpable, sino



que es la reacción del propio organismo frente a esa infección... Hemos dado fármacos que usamos contra el VIH, antibacterianos, antiparasitarios, algún antiviral específico como el Remdesivir... En la segunda fase, se han suministrado esteroides, inhibidores del TNF... Algunos datos son decepcionantes e influyen en el tipo de paciente que se ha dado, del momento en el que se han ofrecido, de si es solo ese fármaco o combinado... No tenemos una respuesta sólida. Pero sí podemos asegurar que la cloroquina no ha tenido buen resultado. Los antirretrovirales tampoco han

“Estoy convencido de que no va a haber una vacuna sino varias. En cuanto a los tiempos, habrá que esperar entre un año y año y medio para conseguir la primera de ellas” Mariano Esteban (CSIC)

demostrado una actividad excelente y han provocado bastante toxicidad. Con los antibióticos tampoco está claro su impacto. Hay estudios contradictorios incluso según cada fármaco... El Remdesivir solo o con otros fármacos, probablemente es un medicamento a tener en cuenta... Los esteroides plantean dudas y podrían incrementar la mortalidad...”

Añadió Patricia Muñoz que, en ese mar de dudas, en estos momentos hay más de mil ensayos clínicos en marcha y que esperan una respuesta sólida. Confía, esta especialista, en que al final se consiga una recomendación y un esquema claro de qué fármaco hay que suministrar en cada caso ante el Covid-19. El doctor Bouza apuntó que los médicos siguen

sin tener una recomendación clara, pero que se suele pedir que, “se haga lo que se haga, sea en el marco de un ensayo clínico para poder aprender algo”.

A una pregunta sobre la incidencia de la enfermedad en la población sanitaria, Ángel Asensio vio “lógico” ese mayor riesgo del personal sanitario al del resto de la sociedad. “Un dato oficial indicaba que en China solo el 4% se había infectado, lo cual no es muy fiable, cuando en España, para mediados de abril, se estimaba que un 22% de todos los infectados correspondía a personal sanitario y que cerca del 20% del personal sanitario se había infectado. Pero esto es difícil de ver porque el personal sanitario en cuanto notaba síntomas ya tenía acceso a la prueba para poder tomar medidas, apartarnos y no transmitirlo a los demás”. Reconoció, en este punto, el Jefe de Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Puerta de Hierro de Madrid que “el resto de la población ha tenido escaso acceso a la prueba diagnóstica”. Y añadió que uno de los ámbitos en el que más se transmite la enfermedad es en el domicilio, porque una vez

esa falta de material de protección”, añadió Asensio.

Calma para realizar la prueba

Esa situación de excepcionalidad de los sanitarios se refleja también en un estudio llevado a cabo en el Hospital Gregorio Marañón. Allí, sus 8.200 trabajadores se sometieron a pruebas PCR fiables y también de serología. Explicó Patricia Muñoz que su idea es repetir esas pruebas para saber cuánto duran los anticuerpos y si protegen realmente. “La primera sorpresa es que un 6% de los asintomáticos que estaban trabajando tenían una PCR positiva. De esos, la mitad ya había tenido la enfermedad. La tasa de seropositividad es de un veintitantos por ciento, más del doble que la población madrileña normal”, resumió esta doctora. A esto, Emilio Bouza preguntó sobre “a quién hay que evaluar y para qué”. Muñoz aprovechó para pedir calma: “Hay que parar un poco. Entiendo que todos los trabajadores de una empresa quieran conocer su serología, pero empezaría a realizar esas pruebas

“Luego hay personas mayores residentes que ya lo han pasado y que, por lo tanto, ya pueden hacer una vida más normal como bajar a zonas comunes, ver a sus familiares... Los cortes que están haciendo el Ministerio y las Comunidades nos van dando pistas sobre esa evolución porque no se pueden hacer las pruebas a todo el mundo. Además, ¿cada cuánto tiempo las repetimos?”

A la espera de la vacuna o las vacunas

El moderador no pudo evitar preguntar sobre la “tan cacareada vacuna, sobre la que descansa la esperanza”.

Mariano Esteban reconoció que “todos estamos de acuerdo en que las vacunas son los elementos más eficaces para luchar contra patógenos”. “En este caso, nos ha pillado desprevenidos, lo cual es un error que debemos de repensar para evitar que vuelva a ocurrir algo así”. Añadió este investigador del CSIC que la vacuna se está abordando desde dife-

que va a haber una vacuna. En cuanto a los tiempos, habrá que esperar entre un año y año y medio. Considerando que una vacuna normal suele tardar unos cinco años”, barruntó.

Preguntó Emilio Bouza a Ángel Asensio por los factores que han podido agravar la situación en España. “España ha reportado que un 12% de los casos confirmados fallecen. Pero los casos reales son muchos más. España está casi a la cabeza. La variable de la edad aquí es muy importante y España, al igual que Italia, tiene una población más envejecida que otros países. El 95% de las víctimas presentaba una patología previa. Otros factores que inciden es el hecho de que en España e Italia tendemos a convivir varias generaciones en el mismo hogar, lo que aumenta la probabilidad de contagio de los mayores en estos países mediterráneos. Como hemos visto, hay factores culturales que también pueden ayudar a entender por qué la mortalidad ha sido más alta aquí, al margen de cómo se hayan hecho las cosas”.

Bouza repreguntó sobre el baile de cifras de fallecidos: “¿Hay que esperar a ver las cifras

“Toda la sociedad percibe que la sanidad y la investigación son imprescindibles para el propio desarrollo de un país”

Mariano Esteban (CSIC)

infectada una persona es muy difícil que el resto no se contagie ya que el virus empieza a propagarse antes de dar síntomas. “También hay que recordar que hemos tenido épocas en las que no contábamos con material de protección y tuvimos que hacer cualquier tipo de cosas para salir al paso. Eso ha ayudado a que hubiera más riesgos de los trabajadores expuestos a la infección. No obstante, es difícil calcular la incidencia real que ha supuesto

en poblaciones en las que se van a tomar decisiones según cómo sea el ‘serostatus’ de cada persona. Además, veo que hay que combinar en esta fase de la pandemia las pruebas de PCR con la serología”. Así, como explicó, esto puede resultar útil en las residencias de mayores, para que personas de alto riesgo con PCR negativa y serología negativa sean cuidados por personal que ya está protegido por tener PCR negativa y serología positiva.

“Aún no sabemos si el Covid-19 va a dejar secuelas a largo plazo o si los pacientes se recuperarán completamente”

Patricia Muñoz (Hospital Gregorio Marañón de Madrid)

rentes frentes a nivel global y que ya hay más de 100 grupos trabajando en ella. Dejó claro que llevará su tiempo para superar todas las fases hasta probarla con miles de pacientes y que “la comunidad científica coincide en que vamos a tener varias vacunas”. “Esto va a ser así porque no va a haber una sola empresa con capacidad para producir miles de millones de vacunas y, además, es preferible que haya varios prototipos. Estoy convencido de

de defunciones totales y compararlas con este mismo periodo de otros años al solo incluir a pacientes diagnosticados en las listas oficiales?” Ángel Asensio intentó responder: “Esas cifras de víctimas oficiales no son tan reales porque ha habido momentos en los que no se hacían pruebas de diagnóstico. En Madrid o Barcelona no daba tiempo a diagnosticar ni a tratar a los pacientes en residencias de ancianos. Si comparamos con las cifras de falle-

cidos en estos mismos meses, de años anteriores, se observa cómo la mortalidad ha sido desmesurada”.

A vueltas con el modelo sueco

En estos meses de estado de alarma y confinamiento de la población, muchos se han preguntado cuál era la mejor estrategia a seguir. El doctor Bouza pidió una reflexión sobre cuál es el mejor modelo en una situación así y preguntó por el modelo sueco, donde no se impuso ninguna obligación de confinamiento y se apeló a la responsabilidad de los ciudadanos.

Ángel Asensio respondió: “Como gran parte de los fenómenos de este virus, pasará tiempo hasta que sepamos qué era lo que teníamos que haber hecho para que las cosas hubieran ido mejor. El modelo sueco ha sido muy cuestionado, porque parecía que había mucho riesgo. El modelo más seguido, el del Imperial College de Londres, decía que iba a haber una oleada muy grave, que iba a desbordar la capacidad sanitaria, por lo que era necesario aplanar la curva y frenar la transmisión. Y para conseguir ese objetivo, había que evitar el contacto. Decían que había que hacer eso, por las buenas o por las malas. El modelo sueco parece que no ha funcionado tan bien como esperaban. Se advirtió que mantuvieran la distancia de seguridad. Hay que considerar que es una sociedad distinta, más ordenada, con menos contacto social y físico. Hay otras peculiaridades que nos hablan de que esa estrategia no hubiera sido posible en nuestro país, por ejemplo, por la densidad de población (mucho mayor aquí o en Italia que en Suecia). También hay allí muchas personas que viven solas. Las cifras de Suecia son muy inferiores comparadas a las de España o Italia, pero si las comparamos con países de su entorno como Finlandia o Noruega han tenido diez veces más mortalidad. El precio ha sido alto. Esa estrategia no hubiera funcionado en Espa-

ña”. Patricia Muñoz preguntó por la seroprevalencia que han conseguido en Suecia. Asensio respondió que “hablaban del 20%”. A lo que la doctora Muñoz se sorprende: “¡Mucho más que aquí, que se estima en un 5%!”

¿Habrà otras oleadas de la pandemia?

El moderador lanzó entonces la pregunta que sobrevuela todo el rato en el ambiente: “¿Habrà segunda oleada?”

Ángel Asensio invitó a no llamarse a engaño: “Gran parte de la comunidad científica piensa que esto no se ha acabado. Depende de varios factores. Primero, ¿el virus va a seguir siendo igual de transmisible y letal que hasta ahora? Hoy por hoy no tenemos atisbo de que vaya a cambiar. ¿La estacionalidad podría ayudarnos? Desde la teoría sí, por ser sensible a temperaturas altas... También hay publicaciones que indican que lo más importante es la cantidad de personas que sean inmunes al virus. Va a depender igualmente de la inmunidad adquirida. ¿El 5% de la población española, que ha desarrollado inmunidad, va a proteger al resto? ¿Vamos a tener un fármaco como el de la hepatitis C que consigue la curación prácticamente en el 100% de los enfermos? ¿Cómo vamos a ser capaces de evitar el contagio? ¿Vamos a ser capaces de mantener la distancia social? ¿Vamos a tener un sistema de salud pública tan eficaz que identifique y aisle a los contagiados y ponga en cuarentena a las personas con las que ha tenido contacto en los últimos días? Es difícil predecirlo. Es fácil pensar que van a volver a aparecer nuevos brotes y hay que estar preparados. Tenemos que ser conscientes de que vamos a convivir con este problema durante más tiempo”.

Mariano Esteban coincidió con Ángel Asensio,



pero se mostró más optimista. “Va a haber rebrotes, pero serán más suaves porque estamos más preparados. No podemos olvidar que el virus va a querer sobrevivir y para eso se ve ya que hay mutaciones. Confiamos en que gradualmente vaya perdiendo esa capacidad de virulencia y que ocurra como en el SARS, que desapareció. Esperamos que no mute a mayor virulencia. Lo tendremos con nosotros dos años más y por eso hay que seguir avanzando en la investigación”. La tercera experta, Patricia Muñoz, tampoco discrepó en el fondo y se mostró sorprendida por los pacientes con diagnósti-

co nuevo que van llegando al hospital, que ya no son de neumonías bilaterales, que era lo más frecuente hasta ahora. “No sé si es demasiado pronto para que haya mutado. Hay que esperar lo mejor, pero al mismo tiempo estar preparado para lo peor. Tenemos ahora una mayor preparación de camas UCI... y espero que no nos pille igual”, afirmó.

El debate iba llegando a su fin, pero el moderador no quiso olvidarse de los más pequeños, en los que al parecer la incidencia del Covid-19 no está siendo tan virulenta. “¿El

virus ha respetado, de verdad, a los niños o hemos tenido una visión demasiado optimista?”

La doctora Muñoz explicó que los pediatras han logrado registros de más de 3.000 niños infectados con Covid-19. Se ha comprobado que la mayoría de ellos han pasado la enfermedad con manifestaciones mucho más leves, con más diarrea y dolor de garganta, alguno con cuadro respiratorio, pero más leves. “Ingresan mucho menos y no llegan hasta la UCI y tienen una mortalidad muchísimo más baja”, recordó. Llamó la atención también sobre cómo en las últimas semanas han aumentado cuadros inflamatorios poco frecuentes -como el síndrome de Kawasaki- que podría tener relación con este virus. “En los neonatos no se está transmitiendo desde las madres, tenemos cierta tranquilidad ahí”, añadió. Y se mostró sorprendida también por haber tenido pocos pacientes inmunodeprimidos afectados por Covid-19 como enfermos de VIH o trasplantados. Lo atribuyó a que “o bien estaban confinados o bien sus tratamientos les ayudaban contra la enfermedad”.

Emilio Bouza sacó a colación el extraño caso de la ciudad italiana de Bérgamo, donde se había infectado casi toda la población, pero que, en cambio, no habían registrado ningún caso en un grupo de pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales. Muñoz corroboró esa aportación de Bouza al indicar que eso mismo les había sucedido en el Hospital Gregorio Marañón.

El mayor test de estrés a la sanidad

Para terminar, el moderador invitó a los ponentes a concluir ofreciendo consejos y extrayendo posibles lecciones sobre el que considera el mayor “test de estrés para la sanidad española”.

“Los nuevos pacientes contagiados no llegan ya con neumonías bilaterales, que era lo normal antes. No sé si es demasiado pronto para creer que el virus se ha amortiguado”

Patricia Muñoz
(Hospital Gregorio Marañón de Madrid)

Mariano Esteban fue contundente en sus apreciaciones: “Toda la sociedad percibe que la sanidad y la investigación son imprescindibles para el propio desarrollo de un país. Esta pandemia nos ha puesto a todos en su sitio y hemos visto las debilidades. No podemos mantener un sistema sanitario en el que no tengamos esa fortaleza. Necesitamos mayor conocimiento científico sobre estos elementos. Sabemos que hay muchos virus en la naturaleza”.

La doctora Muñoz se manifestó totalmente de acuerdo con el investigador del CSIC y añadió otras posibles enseñanzas: “Esta pandemia nos ha demostrado que no podemos ser arrogantes y que no nos podemos creer a salvo de las amenazas que vemos en países lejanos. Tenemos que aprender que las enfermedades infecciosas emergentes son una realidad que ahora nos ha tocado a nosotros, pero que están activas en el mundo constantemente. Creo que la pandemia también ha puesto en evidencia que donde había una capacidad de desarrollar pruebas diagnósticas han avanzado más rápido contra la enfermedad, y que tenemos un tejido industrial que carece de la capacidad de reacción. Creo que hay que re-

forzar la capacidad industrial española. También tiene que haber una unión más estrecha entre la academia y la industria. Tenemos que ayudarles a que comprendan los escenarios y que existan centros capaces de producir pruebas diagnósticas de la siguiente enfermedad que venga, que podamos fabricar mascarillas o respiradores o batas... En esta epidemia tenemos muy claro lo que nos ha faltado”.

El doctor Asensio, del Hospital Puerta de Hierro de Madrid, asintió con pesar. “Estoy de acuerdo con ellos. Investigar es generar conocimiento y las sociedades que tienen más conocimiento son más libres y son más avanzadas en todos los aspectos. La OMS ya advirtió hace unos años sobre posibles virus que venían de los animales. Se sabía que podía ocurrir. El gran filántropo Bill Gates ya lo anunciaba en una conferencia, que la gran amenaza mundial no iba a venir de un conflicto nuclear ni de un meteorito, sino de enfermedades emergentes y que había que estar preparado. Las grandes guerras siempre han hecho mejorar mucho el conocimiento científico porque estaba en juego la supervivencia de los países. En esta guerra se está generando una gran cantidad de conocimiento tremendo”.

Mayor colaboración

El doctor Bouza se preguntó si no es necesario avanzar en investigaciones transversales, que impliquen a muy distintos departamentos y especialistas. “¿No nos pide la epidemia que trabajemos más en colaboración?”

Esteban aseguró que es un factor clave para avanzar. “Necesitamos a los físicos, a los químicos, a los matemáticos, a los epidemiólogos... la ciencia está interrelacionada. Esa cantidad de información que generamos hoy no la podríamos procesar y ordenar sin la ayuda de los informáticos... Tenemos que planificar bien para pensar dónde queremos que

“Los datos oficiales representan una pequeña parte de la pirámide o del iceberg que aflora, pero la magnitud de los casos es mucho mayor”

Ángel Asensio
(Hospital Puerta de Hierro de Madrid)

esté este país dentro de diez o veinte años. No podemos depender del turismo, que es importante, pero darnos una bofetada de este tipo. Patricia hablaba de la capacidad industrial, que la hemos abandonado totalmente. También el campo ha sido abandonado. Dependemos de otros países y creo que es importante establecer prioridades. Debemos crear una industria más potente y no tan dependiente. Los españoles somos buenos en todas las esferas y nos podemos apoyar para ello en la tecnología y en lo creativos que somos. Es el momento de que nuestros políticos y la sociedad demande esas necesidades”.

El doctor Bouza se unió a esas reflexiones lamentando que algunas especialidades sanitarias como la de enfermedades infecciosas o la microbiología no hayan sido consideradas importantes o incluso necesarias en muchos centros. “Muchos hospitales de España no tienen servicio de Microbiología”, recordó. Y, tras agradecer la participación de los ponentes para intentar aportar luz sobre los aspectos sanitarios de esta pandemia, concluyó: “Hemos recibido una gran lección de humildad. Espero que aprendamos la lección y nos sirva para tener un futuro mejor”.