



CONVERSACIONES ONLINE
DESDE LA FUNDACIÓN RAMÓN ARECES

COVID-19: *Segunda ola*

Por CARLOS BUENO

"Hace unos meses, los más optimistas pensaban que estas conversaciones sobre el Covid-19 ya no tendrían sentido y que serían cosa del pasado. Los más pesimistas hablaban de una segunda ola. La realidad nos ha sorprendido finalmente a todos, porque los rebrotos de la enfermedad hacen ahora

aún más pertinente este nuevo coloquio". Con estas palabras daba la bienvenida Emilio Bouza, del Consejo Científico de la Fundación Ramón Areces y fundador de la Sociedad Española de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas, a un encuentro con expertos bajo el título 'Covid-19: segunda ola'.

COV
I
D
19



B

OUZA moderó una nueva ‘Conversación online’ que estuvo protagonizada por los doctores **Carlos Barros**, del Hospital Universitario de Móstoles (Madrid); **Patricia Muñoz**, catedrática de Microbiología Médica en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid y **Enrique Navas**, del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. El objetivo de este encuentro, como también adelantó el propio Bouza era “facilitar a la ciudadanía información fresca a cargo de profesionales que están lidiando con la enfermedad en su día a día, ofrecer una versión del Covid que no es la oficial”.

Empezó Bouza preguntando a la doctora Muñoz qué hemos aprendido de anteriores coronavirus, lo que le permitió hacer un recorrido por los últimos patógenos conocidos de este tipo: “Los coronavirus se caracterizan por su forma redondeada con unas espículas, con forma de corona, al que deben su nombre. Los más antiguos descritos, desde los años 60 del siglo pasado, se caracterizaban por causar cuadros respiratorios leves en los seres humanos. Fue en 2002 cuando se describió el SARS-Cov-1, que provocó cuadros respiratorios agudos y graves. Tuvo un origen similar al actual SARS-Cov-2, porque surgió en China y después rápidamente se extendió a otros países, lo que le hizo considerarse pandemia. En 2003 se dio por concluida con unos 8.000 casos y una tasa de mortalidad de alrededor

del 10%. Después, en 2012 apareció otro cuadro respiratorio grave en países árabes asociado a un nuevo coronavirus, el MERS. De este se diagnosticaron unos 2.000 casos y, aunque no ha desaparecido por completo, no se ha transmitido con tanta virulencia. Los dos virus anteriores tienen en común con el SARS-Cov-2, que estamos sufriendo ahora, un receptor celular parecido y un cuadro clínico bastante similar. Sin embargo, estos virus permitían aislar muy bien a los pacientes porque su máxima carga viral coincidía con la presencia de fuertes síntomas. Ahora, en cambio, se pueden producir contagios y transmisión del virus a partir de asintomáticos”.

Los datos lo confirman

Tras esta introducción, Enrique Navas, del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, aceptó la pregunta del moderador sobre si efectivamente estamos en una segunda ola de la pandemia. Tras aclarar que no existe una definición epidemiológica de “segunda ola como tal”, sí reconoció que los datos confirman ese extremo. Y para ello recurrió a la Historia: “Las referencias que tenemos de segunda ola en una pandemia las encontramos en la fiebre de 1918, de la que hubo una primera ola en primavera y una segunda en otoño aún más dramática, cuando parecía que estaba controlada”, explicó Navas. “En este caso es evidente que en marzo tuvimos una ola tremenda, que parecía



controlada a finales de mayo, pero en agosto hemos visto una eclosión de casos brutal. De hecho, da la impresión de que haya más casos ahora, pero en realidad lo que sucede es que se están diagnosticando más y mejor. Esta transmisión comunitaria importante nos lleva a hablar de segunda ola”, añadió.

La primera intervención de Carlos Barros, del Hospital Universitario de Móstoles (Madrid), fue para repasar algunas cifras con las que dibujar el estado de la pandemia a finales de septiembre. Recurrió para ello a los datos de la Universidad John Hopkins, los que a su juicio son los más exactos a partir de notificaciones con PCR. “Estados Unidos es el que más contagiados tiene, con siete millones de casos. España alcanza los 700.000 según las cifras oficiales, lo que nos sitúa en el octavo lugar del mundo en incidencia de la enfermedad. A nivel europeo ya somos los segundos tras Rusia. Por Comunidades Autónomas, Madrid es la peor con diferencia. Se maneja mucho la cifra de contagiados por 100.000 ha-

bitantes como referente y cifras por encima de mil ya se observan en muchas zonas, sobre todo Madrid, La Rioja, Navarra... La Comunidad que se encuentra en mejor situación ahora es Asturias, pero con 100 casos por 100.000 habitantes, algo que para la OMS sigue siendo nefasto”, resumió. Como coordinador de los casos ingresados en hospitales, en el inicio de la pandemia, unos días antes de que se decretara el confinamiento, recordó cómo él y otros colegas observaron que tenían más ingresos de los que aparecían en las noticias. “La disociación entre los datos publicados y lo que nosotros recogíamos era brutal”, reconoció. “En esta segunda ola los datos son más fiables, pero siempre hemos querido dar los datos en el mismo día y conocerlos por hospitales, algo que nos ayuda mucho a los clínicos”.

Las mascarillas y la distancia social son claves

Lanzó el doctor Bouza una pregunta com-

“El Covid-19 muta poco, algo esperanzador para las futuras vacunas”

*Patricia Muñoz
Hospital Gregorio Marañón*

prometedora que provocó cierta inquietud en los invitados: “¿Las segundas olas tienen una magnitud proporcional a lo mal que se han hecho las cosas en la primera ola?” Barros reconoció en este punto que “siempre las cosas se pueden hacer mejor”. “Desconozco cómo se ha actuado en otros países, porque tenemos la imagen de que China lo ha hecho fenomenal, pero sinceramente tendría que verlo. También en Corea, Singapur o Japón. Este último país tiene la población más envejecida y con alto índice de fumadores, pero aún así ha controlado la enfermedad y tienen muchos menos fallecidos y hospitalizaciones”. Reclamó entonces una mayor transparencia en la información y, sobre todo, ayuda en cuanto a la organización de las zonas sanitarias. “Teníamos que haber aprendido de todo esto y estos meses que hemos tenido de asueto, entre comillas, teníamos que haber organizado la infraestructura hospitalaria para responder a la segunda ola”, añadió Barros.

El moderador recordó cómo las dos claves para evitar los contagios -la distancia social y las mascarillas- estaban siendo las principales armas de prevención. Sugirió a Enrique Navas que hablara de la evidencia científica de estos recursos. “La transmisión directa se produce por las gotas que emitimos al hablar o toser, que alcanzan esa distancia de uno a dos metros. Por gravedad, caen al suelo y no hay transmisión más allá de dos metros. En algunos casos, por corrientes de aire, pueden moverse más allá de esa distancia. Aún hay dudas sobre esta transmisión, sobre si puede

haber también contagio más allá de esos dos metros”, reconoció. También admitió este experto que, aunque no hay estudios clínicos, sí los hay y muchos observacionales -172 informes con 25.000 pacientes- sobre la eficacia de las mascarillas y el distanciamiento social. Y puso cifras: “Sin distanciamiento social, habría 100 contagiados y con distanciamiento social solo 18 contagios. Si no se usara mascarilla, habría 100 y usándolas solo 15 contagios. Esto confirma que estas medidas son protectoras para evitar la transmisión”, remató.

“¿Qué grandes diferencias observas en tu día a día entre los pacientes de la primera ola y los de ahora?”, interpeló Bouza a Navas. “Veíamos al inicio de esta segunda ola que había población más joven ingresando en los hospitales. Pero a medida que han pasado las semanas, observamos que había empezado la transmisión por gente joven, pero después el perfil de paciente era similar al de la primera ola”, respondió este especialista en enfermedades infecciosas del Hospital Ramón y Cajal.

¿Es útil el rastreo en estos momentos?

Sobre las pruebas de diagnóstico y su eficacia en sus múltiples variantes, el moderador fue directo: “Entonces, ¿a quién hay que hacerle las pruebas?” Barros recogió el guante: “Como clínico de enfermedades infecciosas quiero saber el virus exacto que produce cada enfermedad. Una PCR del Sars-Cov-2 cuesta un dinero importante y por mí hubiera hecho PCRs antes de que llegaran casos de China, pero entonces no me dejaban. Ahora se le hace a todo el mundo. ¿Esto es útil?”, se preguntó. Reconoció no sentirse capacitado para responder, pero al mismo tiempo mostró su escepticismo sobre la validez de estas pruebas al haber tal número de asintomáticos: “Hoy te haces la PCR y sale negativa y ma-



ñana la repites y sale positiva. No podemos estar haciendo PCR a toda la población cada vez que se mueve para algo". Y citó el ejemplo de su hijo, jugador de baloncesto, que la Federación Española de Baloncesto le pide una PCR negativa de los tres días anteriores a cada partido que disputa. "No sé a dónde vamos a llegar", admitió. "Tendrían que realizarse a todo paciente que llega a un hospital para derivarlo a su zona, en las residencias de ancianos y en atención primaria, pero a partir de ahí desconozco a quién sí y a quién no o en qué circunstancias".

Bouza aprovechó el momento para preguntar también a Carlos Barros por la eficacia del rastreo en un momento como el que ya se vivía a finales de septiembre, con transmisión comunitaria libre. "El rastreo, si no se acompaña de una obligatoriedad de hacer el confinamiento domiciliario por parte de la persona que da positivo y de sus contactos, que en nuestro país es obvio que no se lleva a cabo, no sirve para nada. Contratar ahora a miles

de rastreadores, que lo harían muy bien, no serviría para nada si luego es la policía la que tiene que ratificar que ese individuo está en su domicilio", señaló.

La conveniencia de cada tipo de prueba

Correspondió a la doctora Patricia Muñoz actualizar la información sobre cómo diagnosticar esta enfermedad a través de cada una de las pruebas existentes. "La más famosa es la PCR, que detecta presencia del genoma de ese virus, en una muestra respiratoria. Una PCR positiva no significa contagiosidad. Decimos que una persona es contagiosa si puede cultivar el virus. Esto se hace con fines experimentales y se puede ver que una persona es contagiosa antes de tener síntomas (5-7 días antes) y hasta 8 días desde que tiene los síntomas. A partir del día 8 esa persona ya no es contagiosa, de ahí que se concluya el confinamiento en el día 10 por seguridad con

esos dos días extra. Una persona puede tener PCR positiva continuamente o intermitentemente durante 92 días incluso, como se ha documentado algún caso. Y esa persona puede de estar tranquila. Más allá de las PCR existe la detección antigenica, que se hace con una muestra nasofaringia -como la PCR- y es más rápida que la PCR. Esta prueba nos sirve para los primeros días de síntomas con gran carga viral y obtenemos el resultado en 15 minutos con una especificidad del 99%. No es útil para asintomáticos. La detección de anticuerpos es otra prueba, la IGC, que demuestra que el 85% de las personas que han tenido esta infección desarrolla anticuerpos y que aparecen en torno a los días 8-15 del contagio. Y se ha comprobado también que quienes tienen anticuerpos ya no contagian la enfermedad. Por último, tenemos la secuenciación, que nos sirve para ver si tenemos brotes o para estudios poblacionales y comparar el virus entre países....”.

Al especialista del Hospital Ramón y Cajal le tocó el turno a continuación para explicar el esquema de diferentes tratamientos ante la enfermedad. Admitió Enrique Navas que hay que hablar de tres aspectos bien relacionados: “El tratamiento antiviral, el antiinflamatorio y el de soporte. En el primero se recurrió al principio a fármacos reciclados como el Caletra para pacientes con VIH y a otros casi a ciegas con recomendaciones de colegas chinos e italianos, que se ha visto después que no tenían ningún fundamento. El único antiviral que ha demostrado un beneficio hasta la mejoría es el Remdesivir. Aún pendiente de publicarse los estudios definitivos de sus ensayos, es el fármaco que utilizamos, antes durante diez días y ahora alrededor de cinco. En el caso de los antiinflamatorios, teníamos prohibidos los corticoides pero un ensayo clínico demostró que a dosis bajas disminuye mucho la mortalidad, en concreto con Dexametasona. También tenemos varias dianas

antiinflamatorias sin pruebas científicas que los avalen. La otra incógnita que tenemos es sobre el tratamiento anticoagulante preventivo, empleado para prevenir fenómenos embólicos”, añadió este doctor.

Criterios para dar el alta al paciente

Otro de los temas sobre el que quiso debatir Emilio Bouza fue el de las estancias hospitalarias ligadas al Covid-19. “Me da la impresión de que no hay una certeza sobre los crite-

“Los pacientes no Covid han sufrido mucho con la pandemia”

Carlos Barros

Hospital Universitario de Móstoles

rios del alta”, reconoció el moderador. “¿Qué paciente se puede ir a casa?”, insistió. Carlos Barros recurrió a un caso clínico citando los ejemplos del doctor Navas. “Se están usando los criterios de siempre para dar el alta: un enfermo no tiene que estar ingresado si no es absolutamente necesario bien porque necesita una monitorización muy estrecha que no se puede llevar a cabo en el domicilio. O porque necesita un aislamiento por ser aún contagioso, o porque necesita oxígeno... O porque igual en su domicilio no cuenta con espacio para estar aislado y para eso contamos ahora con los hoteles medicalizados, pero ya sabemos lo que cuesta derivar a un paciente a uno de estos centros. Muchas veces el alta de un paciente depende de la idiosincrasia de los médicos, de si es experimentado o de si tiene miedo a que pase algo. Tampoco es igual contar con asistencia telefónica posterior...” Y destacó el papel de los médicos de atención primaria y su relevante misión en el



seguimiento posterior de esos pacientes crónicos que estos profesionales conocen muy bien por sus tratamientos previos al Covid-19. “Soy antiprotoocolos, porque luego depende de cada caso”, admitió.

A Patricia Muñoz, el doctor Bouza quiso preguntar cuándo un paciente puede recuperar la normalidad y volver a su vida diaria. “Una persona que ha pasado la enfermedad sin gravedad no necesita una PCR de control. Incluso siendo positiva puede volver a la normalidad. Una vez que han pasado diez días desde el diagnóstico y tres días asintomático, puede reincorporarse. Así lo dice la OMS. El Ministerio de Sanidad pide a los pacientes que han tenido que estar en la UCI que se le haga una PCR de alta o diez días más en su casa aislado o en un hotel medicalizado. Sin mucha evidencia científica, pero esperan descartar más contagios”. Añadió Muñoz que, en el caso del personal sanitario, se pide que la carga viral de la PCR sea muy baja. Y citó que lo normal es que la PCR salga negativa a los 13

días. Explicó que en Corea se detectó que muchos pacientes volvieron a dar positivo y se dieron cuenta de que, rastreando a todos los contactos, que eran varios miles, en realidad no había habido nuevos contagios. “Es muy importante que la población entienda que una PCR positiva no significa que esa persona sea contagiosa”, aclaró.

Sorprende el bajo número de reinfecciones

De las reinfecciones de esta enfermedad habló Carlos Barros. “En problemas respiratorios es algo muy frecuente volver a contagiarse. Hay personas que enferman de la gripe todos los años... No sorprende que un virus con preferencia en el tracto respiratorio como es el Covid-19 no produzca reinfecciones. Todavía no ha venido la época fría. Sorprende que de más de 31 millones de casos ya documentados de este virus solo haya publicados 8 casos de reinfecciones y que

“Parece que haya más casos ahora que en marzo, pero se están diagnosticando mejor”

Enrique Navas,
Hospital Ramón y Cajal

cuatro sean españoles y otros cuatro uno de cada país (Hong Kong, Países Bajos, Bélgica y Estados Unidos). La tónica de los ocho casos con reinfecciones suelen ser muy banales, incluso algunos asintomáticos prácticamente. Lo lógico es que haya reinfecciones reales y lo lógico también es que sean menos graves”. El moderador señaló como posible causa de este sorprendente dato la imposibilidad de conseguir aún el genoma del virus. A esto, la doctora Muñoz alegó que todos están detrás de estudios poblacionales que permitan realizar un rastreo real de posibles variantes. En esa línea, esta especialista habló de las coinfecciones, de esa posibilidad de contagiarse del Covid-19 y de la gripe a la vez o de otros virus. “Lo que más me preocupa ahora es la posible coinfección viral. Y lo cierto es que hay poquíssima coinfección de Covid-19 con la gripe. Menos del 5% tienen la enfermedad con otros virus y en el caso de la gripe hay registrados poquísimos casos. Tengo la esperanza de que podamos tener una época de gripe sin muchos casos, aunque eso no significa que no haya que vacunarse”. Y explicó que, tras observar lo sucedido en la temporada de frío que están viviendo ya en el Hemisferio Sur “no está siendo muy alta la afección por gripe”. Asimismo, aprovechó para reclamar un uso responsable de fármacos de dos tipos: los esteroides y los antibióticos. Por el uso tan extendido de los primeros, Muñoz ha detectado infecciones gravísimas con pacientes inmunodeprimidos, por alguna tuberculosis, aspergilosis asociadas a enfermos que habían estado mucho tiempo entubados... En cuanto a los antibióticos, se ha demostrado que

hacen mucha menos falta de lo que se pensaba al principio. “Ya hemos aprendido que no es necesario administrar dos antibióticos al paciente nada más entrar en el hospital”, remarcó.

Esta doctora del Hospital Gregorio Marañón de Madrid aprovechó para hablar del proyecto en el que está participando su centro dentro de un consorcio nacional que coordina el CNIC para la secuenciación poblacional del patógeno. “Se está viendo que es un virus que muta poco, que muta muy poco cada quince días, que muta mucho menos que el virus de la gripe y esto es algo esperanzador para las futuras vacunas. Además, estas reinfecciones suelen ser por virus completamente distintos, como un ciudadano de Hong Kong que había viajado a España y se reinfectó aquí por ser un virus distinto”, afirmó.

Los hospitales, más allá del Covid-19

Cercanos a la conclusión del encuentro, el doctor Bouza quiso referirse al espacio que el Covid-19 está quitando a los pacientes de todas las patologías que no son Covid-19. “¿Habrá que establecer un número tope de camas para esta enfermedad y dejar espacio a las demás?”, planteó. Y mencionó una reunión de días pasados sobre mielomas en la que los expertos reconocían que estaban viendo casos con complicaciones gravísimas como hacía mucho tiempo que no veían. El especialista del Hospital Universitario de Móstoles admitió que “haberse olvidado en este coloquio de todas las patologías y enfermos que no son Covid-19 hubiera sido un error”. “Puedo decir que llevo mucho tiempo trabajando con pacientes de VIH, que es una pandemia controlada, y no ha habido graves repercusiones en ellos porque se ha podido enviar la medicación a casa o han podido venir a hacerse las pruebas en los paréntesis de tiempos de ma-



yor tranquilidad. Ahora en los hospitales todo es Covid hasta que no se demuestre lo contrario. Y hay que rescatar a los pacientes de las zonas de Covid y hacerles el diagnóstico de su enfermedad al margen del área de infecciosas. El diagnóstico precoz del que tanto hablábamos para cáncer de mama, de cervix, de colon... lo estamos perdiendo. Los pacientes no Covid están sufriendo muchísimo con esta pandemia. Cada vez que tienen que hacerse una prueba les cuesta todo muchísimo... Los hospitales no pueden estar haciendo secto- rizaciones de zonas Covid, zonas no Covid

e intermedias hasta saber si el paciente es o no Covid... Todo esto va a provocar que cada hospital sea un auténtico rompecabezas”.

El doctor Bouza concluyó esta nueva Conversación Online desde la Fundación Ramón Areces agradeciendo la honestidad con la que los tres expertos reunidos mostraron sus impresiones y esa versión tan clara, de la clínica diaria, de médicos que atienden directamente a los pacientes en su día a día. Y deseó una salida lo antes posible a esta situación de crisis sanitaria y económica.