

No abandonen a los enfermos crónicos

{ TRIBUNA LIBRE }



Ramón Cacabelos

Catedrático de Medicina
Genómica

LA COVID-19 ESTÁ ECLIPSANDO MULTITUD DE PROBLEMAS REALES que de forma grave afectan a la población, desde libertades fundamentales a una crisis económica sin precedentes. Las cifras actuales arrojan 104 millones de afectados y 2.3 millones de fallecidos, con Estados Unidos a la cabeza (26.2 millones de contagios, 442 mil muertos), seguido de India (10.8 millones, 154 mil muertos), Brasil (9.2 millones, 224 mil muertos), Reino Unido (3.8 millones, 106 mil muertos), Rusia (3.8 millones, 72 mil muertos), Francia (3.3 millones, 75.6 mil muertos) y España (2.9 millones, 58.4 mil muertos).

La historia del último año demuestra que los sistemas sanitarios del mundo y sus gestores no están preparados para asumir una pandemia global, pero no se ha visto ningún movimiento inteligente en términos de cambios estructurales en el modelo de salud pública ni cambios en la gestión de la pandemia, salvo reclusión, aislamiento, mascarillas y más miseria colectiva. La esperanza en la eficacia y seguridad de las vacunas no está en el tejado de las autoridades sino de la industria farmacéutica, con sus propios intereses, y la política de inmunización está demostrando ser errática y tramposa, con la complicación añadida de la habilidad del virus para mutar en diferentes lugares del mundo y hacerse resistente a las actuales vacunas de primera generación.

NOVEDADES COVID-19

En términos prácticos y de interés público, las tres grandes novedades de la COVID-19 en el último mes son:

1. La virulenta aparición de la tercera ola, esperable por la relajación político-mediática y ciudadana de las normas profilácticas en diciembre y Fiestas Navideñas.

2. La caótica y desordenada inmunización con las nuevas vacunas.

3. Y la anunciada irrupción de nuevas cepas mutantes de coronavirus (británica, africana, brasileña) y las que vendrán como estrategia vírica mutacional en toda pandemia.

De la Tercera Ola debemos sacar varias conclusiones:

1. Hasta que hayamos adquirido inmunidad de manada (>60% de la población), no deben relajarse las normas profilácticas convencionales.

2. La inmunidad en pacientes infectados dura de 3 a 6 meses, después de los cuales la memoria inmunológica desaparece y una per-

sona previamente infectada puede volver a infectarse.

3. Niños en guarderías, escolares y universitarios, que conviven en grupos heterogéneos no controlados, son potenciales fuentes de infección.

4. Las actividades lúdicas o de ocio con aglomeraciones descontroladas han sido fuente de importantes focos de infección.

5. La profilaxis de personal sanitario en hospitales y residencias geriátricas sigue siendo deficiente, con el consecuente riesgo para el propio personal sanitario y para pacientes y residentes.

6. La virulencia de la tercera ola es cuantitativamente mayor que las previas, pero la mortalidad es menor debido al mejor manejo de los pacientes en el medio hospitalario y/o la intervención precoz.

7. Las empresas de servicios públicos deben extremar la profilaxis de sus trabajadores.

8. La política de confinamiento y cuarentena, habiendo técnicas casi instantáneas para identificar la infección, no aporta ningún beneficio a la población.

9. Carece de sentido restringir accesos a restaurantes, tiendas y hoteles, permitiendo el hacinamiento sin control en autobuses y aviones o la circulación sin límites en supermercados.

10. Y todo paciente con COVID-19 debe ser dado de alta con PCR negativa, y nunca tras cuarentena sin ningún control analítico, como está ocurriendo en no pocos entornos laborales y sanitarios. Todo es sustancialmente mejorable.

Información de interés para la comunidad es el hecho de que la única vía de contagio real y altamente peligrosa es la vía aérea, descartándose la posibilidad de que el coronavirus se transmita a través de fómites o superficies de contacto, como defiende E. Golman en un reciente artículo en *The Lancet Infectious Diseases*. De ser esto así, pone en entredicho la infundada costumbre, promovida inicialmente por la OMS, de desinfectar las superficies con geles hidro-alcohólicos. Este hábito debe ir desechándose por inútil, molesto y no siempre beneficioso para la piel de algunas personas.

Otra evidencia reciente es el efecto del SARS-CoV-2 sobre el cerebro. Se ha podido comprobar que la puerta de entrada del coronavirus al sistema nervioso es a través de la mucosa olfativa, lugar del que deben tomarse siempre muestras para la realización de la PCR.

VACUNAS

A finales de enero se han administrado cerca de 100 millones de vacunas en el mundo, con irregular distribución y frecuencia en distintos países. La tasa de inmunización diaria es de 2-2.5 millones de vacunas/día en todo el mundo.

Las grandes incógnitas con respecto a las diferentes vacunas disponibles siguen siendo la eficacia y la

seguridad. En términos de eficacia, hasta pasados 2-3 meses no serán concluyentes los resultados; se requiere verificar que los casos inmunizados no se infectan durante un periodo de tiempo razonable. En los ensayos clínicos previos a su aprobación por la FDA (US Food and Drug Administration), las vacunas norteamericanas de Pfizer (New York) y Moderna (Cambridge, Massachusetts), basadas en tecnología RNA del SARS-CoV-2, fueron efectivas en un 95 % de los casos.

Las vacunas de Johnson & Johnson (New Brunswick, New Jersey) y AstraZeneca-Oxford (UK), basadas en coronavirus atenuados, daban un rendimiento efectivo superior al 85 %; y la vacuna rusa Sputnik V, cuya fase III de desarrollo acaba de concluir en 25.000 pacientes de 25 hospitales de Moscú, demuestra una eficacia del 91 %.

En el mundo hay problemas crónicos, persistentes, cuya magnitud no puede ser secuestrada por una pandemia

Un aspecto importante es saber el tiempo durante el cual la vacuna es efectiva. Si en casos de infección activa la pérdida de inmunidad ocurre a los 3-6 meses, es esencial comprobar si sucede lo mismo con la vacuna; de ser así, habría que repetir la vacunación periódicamente y complicaría la consecución de inmunidad de manada antes de un año. En términos de seguridad, los efectos secundarios también requieren un periodo de observación de meses y la imputabilidad de los mismos a la vacuna o a la interacción con otros medicamentos en pacientes de alto riesgo a tratamiento crónico.

Los efectos secundarios van a variar dependiendo de las características de cada vacuna (virus atenuados, RNA, otras modalidades de inmunización activa) y se estima que estarán presentes en un 10-20 % de la población inmunizada.

Un problema añadido surge con la aparición de mutaciones en el SARS-CoV-2

en los últimos meses. Las 3 variantes mejor documentadas, de las muchas que ya pueden estar circulando en el mundo, son la británica, la brasileña y la sudafricana. La vacuna de Johnson & Johnson, que se diferencia del resto en que requiere una dosis única y no precisa ultracongelación (estudiada en 44.000 pacientes), ha mostrado una eficacia global del 85 %; sin embargo, por regiones, su eficacia fue del 72 % en Estados Unidos, 57 % en África del Sur y 66 % en Iberoamérica, por resistencia de las variantes africana y brasileña.

Especial preocupación plantea la cepa africana, conocida como 501Y.V2 ó B.1.251 que, con una nueva vacuna desarrollada por la compañía Novavax (Gaithersburg, Maryland), mostró un bajo nivel de eficacia (50 %).

La última incógnita del momento, no menos preocupante, es el desconocimiento de si las nuevas vacunas que se están desarrollando para las cepas mutantes, resistentes a las vacunas de primera generación, serán eficaces o no en pacientes previamente infectados por SARS-CoV-2. Por lo tanto, ningún gobierno debe echar las campanas al vuelo por tener vacunas, ni ningún ciudadano debe bajar la guardia, profilácticamente hablando, hasta que la ciencia vaya dando respuesta a las muchas preguntas que todavía plantean las vacunas.

RESPONSABILIDAD

La degradación del modelo asistencial progresa, con abandono de los grandes problemas de salud que, a pesar de la COVID-19, siguen siendo el principal problema de morbimortalidad en el mundo, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares (25-30 %), el cáncer (20-35 %) y los trastornos del cerebro (10-15 %), patologías estas donde, además, se ceba el coronavirus, por representar parte de la población de alto riesgo, por cronicidad y edad.

La libertad es una responsabilidad individual que acaba donde empieza la libertad de los demás.

Tiene unos lindes que no se deben sobrepasar; y la

salud es un derecho fundamental que cada cual debe preservar en beneficio propio y de la colectividad. Cuando la salud y la enfermedad están financiadas por la comunidad, la responsabilidad personal en favor de la salud se magnifica porque un atentado a la salud es una ofensa y un fraude a la sociedad que la financia.

Un virus pandémico es una amenaza colectiva y quien contribuye de forma irresponsable a diseminar el contagio podría estar cometiendo un delito; pero esta comisión delictiva sería extensible a otras muchas conductas que atentan contra la salud, aumentan el gasto sanitario y están siendo negligentemente atendidas.

El impacto que este abandono tendrá sobre la salud colectiva se verá en los próximos 5 años.

No creemos que el lamentable espectáculo político diario, ni la intoxicación mediática con cifras COVID-19, ni la amenaza punitiva permanente sean la mejor estrategia para ayudar a la población a sobrellevar la calamidad sanitaria, sociofamiliar y económica de esta pandemia.

Tampoco es correcto ignorar otras cifras de entidades nosológicas que arruinan la vida de muchos ciudadanos, a las que silencia el coronavirus y la torpe política anti-pandémica que predicen nuestras autoridades.

En el mundo hay problemas crónicos, persistentes, cuya magnitud no puede ser secuestrada por una pandemia que ya se ha instalado en nuestra vida cotidiana y que no debe contribuir a sepultar en el olvido y en el abandono sanitario otros riesgos reales que también matan.

En esta categoría podemos incluir los 3 millones de muertos/año por alcohol, 1.25 millones por accidentes de tráfico, 600.000 por toxicomanías, 8 millones por tabaco, 200.000 por sífilis, 2.8 millones de muertos/año por la obesidad que afecta a un 13 % de la población mundial (30 % en Europa), 18 millones de muertos/año por infartos de miocardio, 7.5 millones por hipertensión arterial, 4 millones por hipercolesterolemia, 2.5 millones de muertos por diabetes y los 20 millones de nuevos casos de cáncer/año, con 12 millones de muertos anuales por diferentes tipos de enfermedad neoplásica.

También podríamos incluir los 7 millones de vidas/año que se lleva la contaminación medioambiental, los 250.000 muertos por alergias y asma, y los millones de muertos por demencia (tasa de mortalidad mundial: 850 por 100.000) en residencias geriátricas con otras patologías de base que ni se registran.

Estos son algunos de los problemas de salud que pasarán factura a nuestra sociedad una vez que el coronavirus se canse de jugar con nosotros o cuando nosotros seamos capaces, inteligentemente, de apartarle de nuestra vida o convivir con él sin miedo a que nos mate.



Vacuna Sputnik V

Foto: E.P.