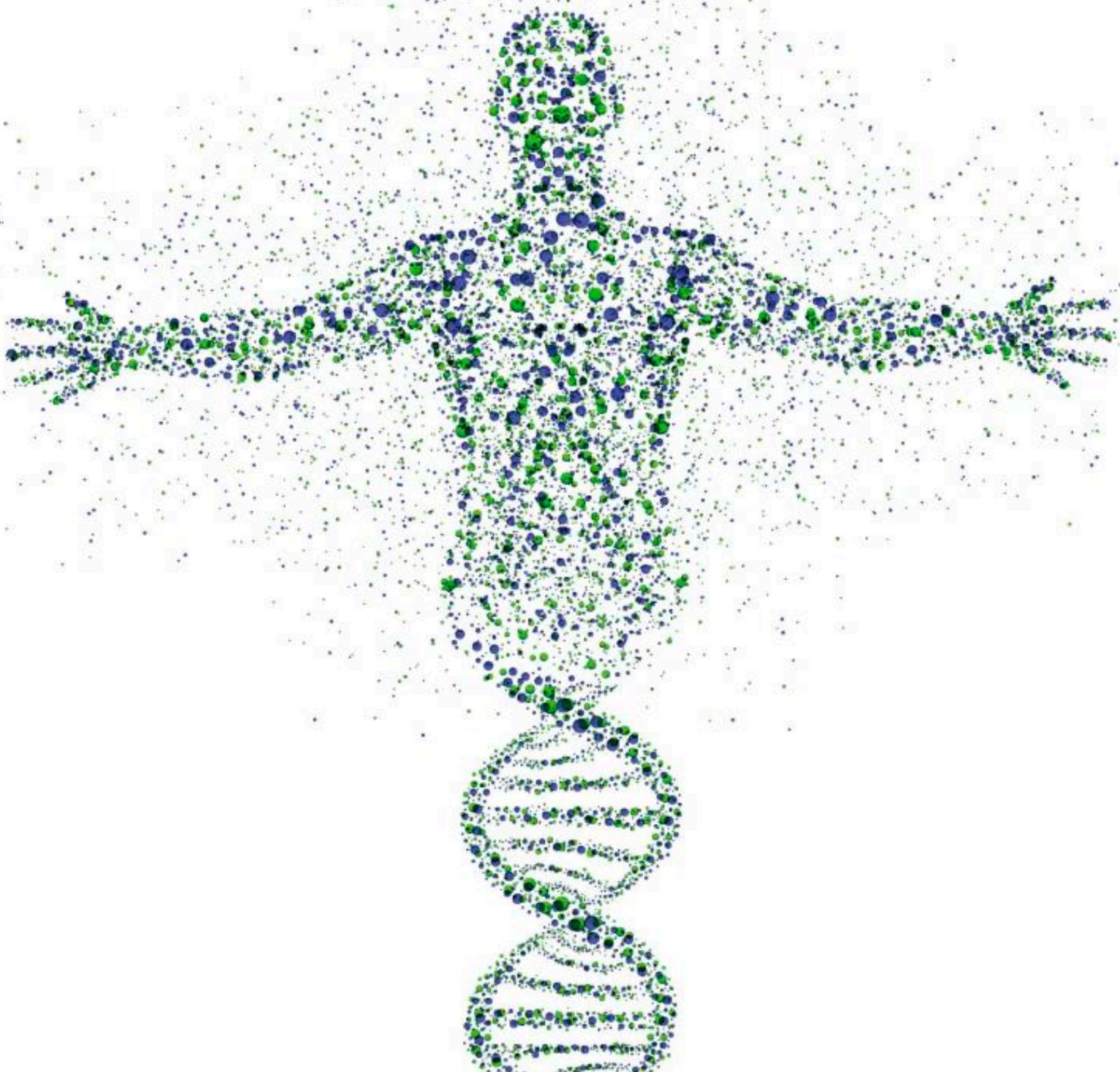


## Así ha transformado el Covid-19 el abordaje asistencial

Cardiología, neurología y oncología pediátrica analizan en qué medida ha afectado la pandemia del coronavirus a la práctica clínica

P12-13 y editorial



# Desde la ventana



## Un vistazo a la actualidad sanitaria

El Hospital de Ifema, bautizado actualmente como el Hospital 'Milagro' es un referente de la lucha frente al Covid-19 para España y el resto del mundo. En la imagen, sus responsables con Gaceta Médica y El Global.



## 'Cuidemos a los que nos cuidaron'

La asociación Asion presenta la campaña 'Cuidar a los que nos cuidaron', en la que muestran imágenes de cuando estaban en tratamiento y cuentan sus razones para quedarse en casa.



## Acercando la humanización al paciente

La humanización se ha convertido en un pilar indiscutible de esta crisis sanitaria. Es el caso del Hospital de Torrejón, donde a través de una donación está permitiendo que sus pacientes pasen el aislamiento de la mejor manera posible.



## Una videollamada a través de los signos

Aunque el Covid-19 no entiende de fronteras, las comunicaciones se le resisten. El Hospital 12 de Octubre ha facilitado acercar a una pareja una videoconferencia en lenguaje de signos.

**GACETA MÉDICA**

wecare-u. healthcare communication group

Publicación de:



wecare-u.

20 años

**Redacción:**

Carmen M. López (Subdirectora),  
Esther Martín del Campo (Redactora Jefe),  
Sandra Pulido, Mario Ruiz,  
Mónica Gail, Daniela González y  
Silvia Rodrigo (Medical Science Liaison)

**Fotografía:** Carlos Siegfried

**Maquetación:** Marta Haro

**Presidente Editor:** Santiago de Quiroga

**Vicepresidenta:** Patricia del Olmo

**Departamentos:**

Tania Viesca (Directora Finanzas y RRHH)  
Severino Expósito (Socio Director, Business Controlling)  
Jorge Hinojosa (Socio Director, Asuntos Públicos. Dpto. Solutions)  
Paloma García del Moral (Directora Comercial)

**Áreas:**

Rocío Gómez-Cano (Coordinación Editorial y Solutions)  
Silvia Rodrigo (Medical Science Liaison)

**Consejo de Administración:**

Santiago de Quiroga  
(Presidente y Consejero Delegado),  
Borja García-Nieto y  
Vicente Díaz Sagredo

**MADRID:**

C/ Barón de la Torre, 5  
28043 Madrid  
• Tlf: 913834324  
• Fax: 913832796

Distribución gratuita

Depósito legal:  
M-18625-2012  
ISSN: 2255-4181

Imprime:  
Rotomadrid  
SVP-382-R-CM

Todos los derechos reservados

# Opinión

A corazón abierto

## Haciendo frente a los cambios del cáncer



**TERESA CURIEL,**  
especialista en  
Oncología Médica  
en HM La Esperanza

En los últimos 40 años hemos aprendido que el cáncer es una enfermedad sistémica, donde las células tumorales van a ser capaces de distribuirse a través del torrente sanguíneo para instalarse y crecer a distancia en diferentes órganos, dando lugar a la enfermedad metastásica, responsable en último lugar de la muerte del paciente.

Por otro lado, y gracias a la incorporación de la biotecnología y a la posibilidad del manejo de miles de datos al mismo tiempo, en los últimos diez años hemos aprendido que el cáncer es una enfermedad dinámica, capaz de incorporar cambios moleculares en las células tumorales a lo largo del tiempo y como consecuencia de los tratamientos que se administran, generando así resistencias a fármacos ya utilizados y sensibilidad a nuevos tratamientos.

Este nuevo nivel de conocimiento ha hecho que el manejo del cáncer haya cambiado absolutamente durante el proceso diagnóstico y terapéutico. La posibilidad de hacer secuenciación masiva de los tumores tanto en tejido sólido como en biopsia líquida, y la posibilidad de identificar estas características moleculares en el DNA tumoral, nos permite desarrollar terapias dirigidas, en ocasiones, con muy buenos resultados en términos de supervivencia y calidad de vida, dando al paciente no solo una nueva oportunidad terapéutica, sino que le damos una oportunidad de tratamiento personalizado con un fármaco que actúa contra una diana concreta que hemos identificado en el tumor a tiempo real.

Una de las herramientas más completas de las que disponemos en este momento son los estudios genómicos de OncoDNA, plataforma diagnóstica que ofrece diferentes posibilidades de estudio de DNA, RNA y proteínas, tanto en sangre como en tejido, y que en el caso de la sangre, con su estudio OncoTRACE, permite seleccionar paneles de secuenciación adaptados a distintos tipos tumorales con el estudio de 40 genes y la posibilidad de estudiar 15 genes más a elección del prescriptor. La identificación de dianas terapéuticas accionables en enfermedad metastásica es, sin duda, uno de los objetivos, pero la posibilidad de realizar biopsia líquida, además de evitar biopsias de tejido mucho más invasivas, permite la cuantificación de DNAtc en tiempo real y la posibilidad de monitorizar la enfermedad y adelantarnos a la progresión de la misma.

Son enormes logros y es nuestra responsabilidad trasladarlos a la práctica clínica habitual ofreciéndole a los pacientes información veraz y útil. Sin embargo, no nos conformamos, y el gran reto ahora mismo es trasladar todo este conocimiento a la enfermedad precoz y generar herramientas que nos permitan seleccionar qué pacientes se van a beneficiar de tratamientos adyuvantes y cuáles no, evitando los sobretratamientos y optimizando los recursos, además de evitar el coste biológico que para un paciente supone el someterse a un tratamiento de quimioterapia.

**Gracias a la incorporación de la biotecnología hemos aprendido que el cáncer es una enfermedad dinámica**



### El Editorial

## Que las 'nubes' no nos eclipsen las prioridades

El Covid-19 está acaparando todo el protagonismo. Lo hace en nuestro día a día: a nivel asistencial, informativo y en definitiva social. Conscientes de su importancia no se debe bajar la guardia con otras prioridades asistenciales, informativas y sociales. Estamos hablando de patologías prevalentes y graves cuyo desarrollo no ha conseguido frenar el Covid-19.

A pesar de que el coronavirus ha eclipsado al resto de patologías, estas enfermedades graves no han caído en el olvido total pero los datos que analizamos en este número invitan a no bajar la guardia.

Lo cierto es que la pandemia ha obligado a los servicios a reinventarse. En su mayoría, consultas convertidas en aplicaciones con un seguimiento estrecho de los pacientes. Existe, y nos lo explican sus protagonistas, una cierta organización interna muy estricta. Las visitas hospitalarias se han reducido, con la intención también de reducir la exposición al virus; se mantiene el contacto con los pacientes, para controlar los tratamientos...

Sin embargo, ¿existe el riesgo de perder de vista a pacientes graves? La Sociedad Española de Cardiología ha registrado una reducción del 40 por ciento en el tratamiento del infarto desde que se decretara el estado de alarma. Una situación "preocupante", apuntan los expertos.

En el caso de los ictus, aseguran desde la Sociedad Española de Neurología, que podría haberse reducido hasta en un tercio el número total de ingresos por ictus respecto al mes anterior (febrero de 2020). ¿Y los

**El coronavirus ha acaparado el protagonismo asistencial, y muchos servicios se han 'reinventado'**

pacientes con cáncer? Aunque no existen datos testables, de momento, los oncólogos coinciden en que tras la pandemia se puede dar un repunte de casos de cáncer. La falta de detección precoz –no se están realizando screening– puede traer problemas en ese 'día de después'. A pesar de que el ritmo de trabajo se ha reorientado a teleconsultas, salvo en pacientes con tratamiento activo que sí que acuden, existe un cierto miedo por parte de los pacientes al contagio. Unos datos que preocupan son los que vienen de la oncología infantil. Retrasos en las consultas, anulaciones y visitas a urgencias con un proceso de enfermedad avanzado son algunos de los datos que reportan los expertos. Una situación dada por el miedo al Covid-19 pero que, insisten los especialistas, no tiene que impedir abordar de manera correcta las patologías más graves.

La importancia del #quédateencasa es fundamental en la situación actual pero, y abrimos comillas: "no hay que olvidar a una minoría que son los pacientes más graves".

Mientras el mundo piensa en ese día de después, los constantes protagonistas de esta historia, los profesionales, no dejan de pensar en esta otra realidad. Despejar esas nubes ahora permitirá avanzar y no dejar pasar oportunidades perdidas.



# Política



## “Llegaremos a 30.000 fallecidos”

El portavoz de Sanidad del PP en el Senado, Antonio Alarcó, ha mantenido un encuentro virtual con Gaceta Médica

C. B./C.M.L./M.R.  
Madrid

Desde que han arreciado las críticas a la gestión del coronavirus, el Gobierno ha insistido en un argumento: no hay medida que no se haya tomado en base a la evidencia científica. Para Antonio Alarcó, las cifras de fallecidos por millón de habitantes y de sanitarios contagiados en España no respaldan ese argumento. Y sus previsiones no son halagüeñas, debido a la falta de herramientas para detectar el virus. Como ejemplo, el propio. A Alarcó, jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario de Canarias, nadie le ha hecho un PCR ni le han llamado para hacerlo. Estima que no tiene PCR ni el 2 por ciento de los sanitarios.

**Pregunta. De momento hay consenso político para ampliar el estado de alarma, pero no para rubricar los Pactos de la Moncloa. ¿Qué requisitos serían necesarios para que el grupo parlamentario popular dijese sí a ese gran acuerdo social y económico?**

Respuesta. El problema que tenemos en este país es de una gravedad sanitaria inusitada y no está resuelta. Tenemos hoy [por el 15 de abril] más fallecidos que Portugal en toda la pandemia. ¿Por qué? Porque en Portugal hay consenso científico sobre las medidas a aplicar. ¿Pactos de la Moncloa, de qué? El argumento sobre las medidas de evidencia científica que defiende el Gobierno en España no es válido, porque ya tenemos 19.000 muertos y 7.000 pacientes intubados en UVI. Y de estos últimos, el 50 por ciento se pueden quedar en el camino. Llegaremos a 30.000 fallecidos. Que seamos el

**“¿Cómo puedes pedir una ampliación del estado de alarma cuando el lunes has liberado a 4,5 millones de trabajadores?”**

**“Habrá que abordar esas listas de espera masivas con profesionales cansados y estresados”**

país del mundo con más sanitarios contaminados no es posible si no es por un fallo. Y que seamos el país con más fallecidos por millón de habitantes no es posible si no es por fallos claros de planificación. Siendo culpable el ‘bicho’. Por tanto, claro que es necesario reconstruir el país, pero primero hay que curar al país. Por lo tanto, sí a todo tipo de pactos, pero con condiciones. Primero vamos a curarnos, segundo digamos la verdad y tercero planteemos las medidas concretas. No es lícito enterarse de que te invitan a un pacto así por la prensa. Sin confianza no hay lealtad.

**P. ¿Ha dicho usted que llegaremos a los 30.000 fallecidos?**

R. Tenemos más de un millón y medio de contaminados, seguro. Pero los técnicos que hacen las prospecciones y los algoritmos dicen que hay más de 8 millones. El 82 por ciento serán asintomáticos o leves, pero es lo que hay. Y sin respaldo científico, lo que ha ocurrido este lunes [Alarcó se refiere al 13 de abril, día de la vuelta a la actividad en los sectores no esenciales] es una barbaridad. Es muy

bueno desinvernar la economía, pero con condiciones. Lo que ahí se hizo fue un desescalada encubierta. Si justo dentro de 14 días hay un repunte el tema se convertirá en insoluble desde el punto de vista sanitario.

**P. A día de hoy, ¿qué medidas considera el PP que son más urgentes adoptar para consolidar la ralentización de los contagios, aliviar las UCIs y comenzar el desescalado progresivo de las medidas de confinamiento?**

R. Primero, hacer un mapa epidemiológico con criterios científicos. Grecia, Portugal, Alemania, Dinamarca o Suecia han hecho buenos mapas. Saben si estás contaminado o no. Y segundo, test masivos, correctos, no rápidos, sino PCR, que todavía tenemos falta de reactivos en España. Mientras tanto, confinamiento. Hasta que no haya una vacuna, no hay otro tratamiento. ¿Es bueno el confinamiento eterno? No, pero es que no sabemos cuántos de los confinados son positivos. Hoy ya sabemos que habrá aumento del confinamiento hasta el 10 u 11 de mayo. ¿Cómo puedes pedir una ampliación del estado de alarma cuando el lunes has liberado a 4,5 millones de trabajadores? Eso es contradictorio. No es científico.

**P. Como médico, ¿qué opina de la falta de protección de los profesionales sanitarios?**

R. Es terrible, espantoso. No podemos permitirnos tener a 26.000 sanitarios contaminados. Y hay otros muchos profesionales —camilleros, telefonistas, auxiliares, personal de limpieza...— que todavía no tienen medios. En los hospitales hoy hacemos lo imprescindible. El resto se ha paralizado. Y los pacientes que

ingresan por cosas diferentes al coronavirus vienen sin el PCR hecho. El otro día, tras una operación, nos enteramos después que el paciente era positivo, con lo cual hay que poner en cuarentena a todo el equipo. ¿Por qué no tienen PCR? Llamamos PCR masivos a haber empezado a hacer 64.000 en un país con 47 millones de habitantes. Si el concepto de masivo es 64.000, es evidente que hay un enorme error científico de qué significa 64.000.

**P. Una de las mayores críticas a la gestión del Gobierno tiene que ver con la adquisición de material. ¿Siguen pensando en que el mando único ha ido en detrimento de las necesidades en lo relativo a las compras de material?**

R. En mi opinión, nada vaya en detrimento, porque no creo que nadie quiera que esto funcione mal. Pero a esa pregunta se responde fácil. ¿Por qué España es el país del mundo con más sanitarios infectados del mundo? Por falta de material. ¿Por qué, con independencia de que se haya creado un mercado especulativo, los demás con el mismo mercado tienen muchos menos infecciones? ¿Por qué somos el país con más fallecimientos por millón de habitantes? ¿Es que somos distintos? ¿Tenemos un RH distinto? Es evidente que hay algo que ha conducido a ello, y es un déficit de gestión en la adquisición de material. Además, se ha ido a mercados difíciles de negociar, inseguros, con empresas que estaban fuera del mercado chino, donde se han comprado test sin demostrar, que no funcionan.

Entrevista completa en:  
[www.gacetamedica.com](http://www.gacetamedica.com)



GM entrevista a **Juan Luis Steegmann**, portavoz de Vox en la Comisión de Sanidad del Congreso

# “No vamos a apoyar ningún plan de este gobierno; lo consideramos acabado”



C. B./C.M.L./M.R.  
Madrid

Con 64 años, tras más de cuatro décadas de trabajo en la Sanidad pública, Juan Luis Steegmann, hematólogo del Hospital de La Princesa y presidente del grupo de Leucemia Mieloide Crónica de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia, decidió saltar a la política para devolver a la Sanidad pública todo lo que ésta le había dado. Este objetivo personal se ha perpetuado y reforzado con la llegada del coronavirus. La actividad del grupo parlamentario VOX y de su portavoz de Sanidad en el Congreso de los Diputados ha sido intensa.

**Pregunta.** Aseguran ustedes que el Gobierno ha fracasado en la gestión de la crisis y han pedido ya la dimisión de Fernando Simón y del Consejo Asesor de Sanidad. ¿Barajan pedir responsabilidades a un nivel aún mayor cuando la crisis haya pasado?

R. Presentar como un triunfo el balance macabro que tiene la epidemia es un insulto a la inteligencia. Somos el país con más muertos por millón de habitantes y lo presentan como un prodigio de gestión. La única acción epidemiológica para controlar el virus que han tomado es tenernos encerrados. Tendrían que haber dimitido todos, primero los asesores. Porque, o bien se actuó de buena fe siguiendo el consejo de

**“La única acción epidemiológica para controlar el virus que han tomado es tenernos encerrados”**

los asesores y han fracasado, o bien son cómplices de los asesores.

**P. A día de hoy, ¿qué medidas considera VOX que son más urgentes adoptar para consolidar la ralentización de los contagios, aliviar las UCIs y comenzar el desescalado progresivo de las medidas de confinamiento?**

R. Yo no sé por qué la gente piensa tanto en el desescalado de las medidas cuando la única medida médica que han adoptado es una medida de reclusión. No han tenido mascarillas a tiempo, no han tenido test a tiempo y no lo han tenido porque han negado la evidencia. Cuando han querido actuar se han encontrado con que no sabían cómo hacerlo, porque para empezar no sabían si las mascarillas eran idóneas o no. No hemos aprendido de los que más saben. Uno no sale sin paraguas a la calle. ¿Qué pedimos? Protección para los que nos protegen, test masivos y hacer la liberación nacional cuando sea posible, con los datos epidemiológicos.

**P. ¿No hay ningún mensaje de esperanza?**

**“¿Cuántos diagnósticos de cáncer se habrán retrasado? Esto no lo veremos ahora. Lo veremos después. Serán víctimas colaterales”**

R. Por supuesto. Pero vendrá de la Ciencia, de todas las personas que están pensando para diagnosticar, para prevenir y para tratar mejor. De ahí vendrá la solución. Dicen que no es la hora de los reproches, dicen. ¿Qué quieren? ¿Que olvidemos ya? Esto no se puede olvidar. El gobierno es culpable.

**P. El coronavirus ha obligado a reorganizar la asistencia que se presta en los centros sanitarios, reduciendo a “lo imprescindible” el abordaje de otras patologías. ¿Qué impacto cree que cabe esperar de cara a estas otras enfermedades?**

R. El otro día, una compañera de hospital me decía que a un paciente de otro hospital que tenía un linfoma en remisión completa le habían negado la UCI. Un paciente con mieloma múltiple en un hospital de Castilla-La Mancha en remisión completa le tenían con un reservorio porque no tenían camas de UCI. Estas situaciones se están dando. ¿Cuántos enfermos estarán con clínica y están aguantando en sus casas por miedo? Hablo de infartos, de anginas de

pecho, de cardiopatías... ¿Cuántos diagnósticos de cáncer se habrán retrasado? Esto no lo veremos ahora. Lo veremos después. Serán víctimas colaterales, sin duda.

**P. El Ministerio anunció que estaba trabajando en un Plan del Cáncer. Se pusieron los cimientos con la ponencia de Genómica en el Senado. ¿Tienen pensado apoyarlo y con qué medidas debería contar este plan?**

R. No vamos a apoyar ningún plan de este gobierno; lo consideramos acabado. Pero pongámonos en que hay otro gobierno en el que estamos nosotros. Lo primero que VOX pondría en un Plan de Cáncer es establecer un sistema parecido al sueco en cuanto a notificación de casos y seguimiento de su evolución. Eso sería posible, incluso en las condiciones actuales, pero solamente le podríamos sacar el máximo rendimiento aplicando tecnologías de grandes números: el Big Data y la Inteligencia Artificial. Para eso, España necesita una historia unificada, un conjunto mínimo de datos esenciales, una unificación de las historias en los parámetros diagnósticos y de codificación... La unificación de información es el cimiento sobre el que se debe construir cualquier plan: cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares...

Entrevista completa en:  
[www.gacetamedica.com](http://www.gacetamedica.com)



# Illa resalta el papel de AP en la gestión de la crisis y en la salida de la pandemia

El ministro ha realizado su tercera comparecencia monográfica sobre coronavirus en el Congreso

**CARLOS B. RODRÍGUEZ**  
Madrid

El Gobierno ve en los hospitales la pieza esencial en la lucha contra el coronavirus, pero en su cuarta comparecencia ante la Comisión de Sanidad, el ministro de Sanidad se ha detenido especialmente en la atención primaria de salud. Cuatro días después de que se celebrara el Día Mundial de la AP, Salvador Illa ha resaltado su papel y su discurso da alas a un refuerzo de este nivel asistencial, antes incluso de que pase la crisis.

Sanidad insiste en que las medidas adoptadas están permitiendo alcanzar los objetivos marcados: bajar el número de casos notificados diariamente y dar respuesta asistencial a los pacientes más graves. Pero, aunque Illa ha reconocido que “seguimos en fase de confinamiento y no hemos entrado en ninguna fase de desescalada”, también cree que es hora de pensar en el siguiente paso.

“Para la siguiente fase, de transición a una nueva normalidad, debemos tomar nota de las lecciones a aprender”, ha dicho Illa. Ello no sólo implica abordar los retos pendientes del sistema, sino también reforzar las fortalezas que se han visto en la crisis.

## El papel de la atención primaria

En el caso de la atención primaria, el ministro ha resaltado cómo “se ha reorganizado” para atender casos leves en domicilio y seguir telefónicamente a



Minuto de silencio al comienzo del Comité de Sanidad y Consumo.

las personas más vulnerables. Es más, ha reiterado Illa en dos ocasiones, “son muchos los consejeros” que están transmitiendo al Ministerio la importancia de la AP en la gestión de la crisis y de cara a la salida de la pandemia.

Sanidad coincide. “Es el nivel más capacitado para ordenar eficientemente la coordinación”, según el ministro. Por eso, de cara a la siguiente fase, además de atender las necesidades de salud no urgentes que la reorganización ha

obligado a posponer, otras de las cuestiones que el Ministerio se propone reforzar son la “integración del domicilio en la red sanitaria”, el uso de tecnologías para la atención no presencial, la educación para la salud de la ciudadanía y la colaboración socio-sanitaria en personas más vulnerables...

## Una reincorporación correcta

La cuarta comparecencia del ministro ha evidenciado el progresivo distancia-

miento con los grupos, que siguen reclamando al Ministerio material, información y anticipación. Los desencuentros se evidencian en varias áreas clave, como el estudio de seroprevalencia, que sigue en la fase de trabajos técnicos.

Una de las mayores desavenencias en esta cuarta comparecencia giró en torno a la decisión aplicada estos días 12 y 13 de abril de devolver a la actividad a los sectores no esenciales. Según Illa, se ha llevado a cabo “con corrección”.

## Sanidad y las CC. AA. dan marcha atrás en la prórroga a los contratos de los MIR de mayo

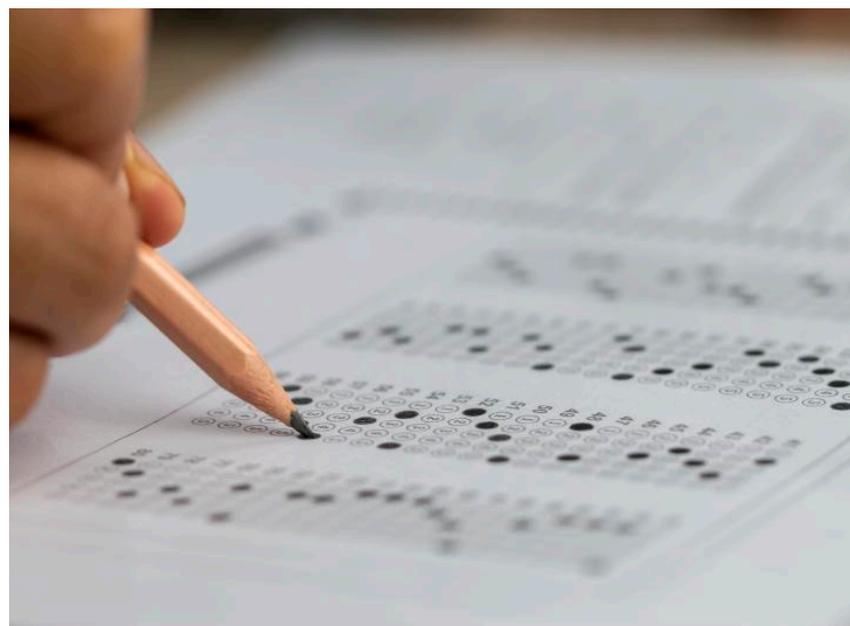
**GM**  
Madrid

El Boletín Oficial del Estado publica este jueves la orden que establece el inicio de los plazos para realizar las evaluaciones y la fecha final de residencia o de año formativo de los profesionales sanitarios de formación sanitaria especializada.

El pasado lunes, el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas dieron marcha atrás a la prórroga automática de los contratos a los MIR de último año, tras las protestas de la profesión médica.

El ministro de Sanidad, Salvador Illa,

**“7.600 médicos residentes podrán ser contratados como personal estatutario”, según explica el ministro de Sanidad**



Las comunidades han admitido que la carga asistencial actual les permite realizar la evaluación de los MIR.

ha explicado en su comparecencia ante la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados, que la reunión virtual del Consejo Interterritorial acordó que la evaluación de médicos residentes mantuviera el calendario habitual.

“Se garantizará una fecha similar en todos los territorios para que en mayo se haya completado el proceso de evaluación. En total, 7.600 médicos residentes que podrán ser contratados como personal estatutario”, ha indicado.

La orden matiza que la carga asistencial que soportan en el momento actual les permite llevar a cabo la evaluación de los residentes sin que se vea afectada la correcta atención sanitaria de la población.

El texto establece también que las evaluaciones de los residentes, cualquiera que sea la especialidad en la que estén realizando la formación sanitaria especializada y cualquiera que sea el año que estén cursando, podrán iniciarse a partir de hoy. Asimismo, marca como fecha final de residencia o de año formativo el 28 de mayo de 2020.



Enrique Ruiz Escudero, consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid,

## Más respiradores ante la “falta de apoyo” del Gobierno

Madrid ha adquirido 588 unidades más, 101 procedentes del Estado

**MÓNICA GAIL**  
Madrid

La Asamblea de Madrid retomó el 14 de abril su actividad tras un mes de suspensión. Varios grupos de la oposición pidieron al Ejecutivo regional que rindiera cuentas sobre la gestión del Covid-19 en la Comunidad, por lo que el consejero de Sanidad, Enrique Ruiz Escudero, compareció en la Cámara. Escudero criticó la falta de apoyo recibido por el Estado: “No nos lo ha puesto fácil”. Mientras el 2 de

marzo hablaba de “tranquilidad sobre la adquisición de material sanitario por parte de las comunidades autónomas”, el 13 de febrero, durante la reunión de ministros de Sanidad de la UE, España “afirmó no tener equipos de protección suficientes”. Además, el consejero recalcó que el Gobierno central “pasó de garantizar la compra centralizada a pedir a las comunidades que lo hicieran por su cuenta”. José Manuel Freire Campo, portavoz del PSOE en la Asamblea, desmintió que se pusieran

trabas a Madrid y aseguró que “es falso que el Gobierno vetara las compras”.

### Complicaciones frente al Covid-19

Escudero defiende que el sistema sanitario madrileño ha actuado “de manera ágil y responsable”, pero admitió que hay cosas que mejorar. Destacó la dificultad de ampliar el número de camas de hospitalización (de 14.000 se pasó a más de 22.000) y de camas UCI (de 540 a casi 1.900). Aunque la oposición apuntó que “las camas de hoy son las que teníamos

Escudero destaca la dificultad de ampliar el número de camas de hospitalización y de camas UCI

La Comunidad de Madrid ha iniciado un “plan histórico que une la sanidad pública y la privada”

hace 10 años” por los recortes. En estos meses se han llevado a cabo varias acciones en Madrid, como el seguimiento telefónico a más de 233.000 pacientes en residencias de mayores; el hospital de Ifema, “un hito” con reconocimiento internacional; la conversión de 13 hoteles en centros sanitarios, con más de 1.926 pacientes atendidos; y la incorporación de 10.110 profesionales. Además, se han adquirido 588 aparatos respiratorios más para ampliar los 1.035 que había antes de la crisis. El 80 por ciento de ellos, entre respiradores invasivos, elementos de transporte y máquinas de anestesia, se han comprado en el último mes y “101 provienen del Gobierno de la nación”, indicó Escudero. El grupo socialista le reprochó al Gobierno regional la falta de reservas: “Son ustedes los que tienen que comprar, porque sus competencias se mantienen durante el estado de alarma”. Y, aunque Escudero hizo hincapié en la llegada de un cuarto avión con 79 toneladas de material sanitario a Madrid, el portavoz del PSOE señaló que “no llega, por ejemplo, al hospital de Alcalá o al de Leganés”.

Esta crisis también ha provocado grandes cambios en la gestión del sistema. Así, la Comunidad de Madrid ha iniciado un “plan histórico que une la sanidad pública y la privada”.

## Cataluña lanza una app para ayudar en la gestión de la salud emocional en tiempos de pandemia

**MARIO RUIZ**  
Madrid

La salud emocional en un contexto de pandemia como es el Covid-19 sufre de manera especial. La situación de confinamiento, tener familiares o amigos afectados por la enfermedad, el hecho de no poder acompañarlos durante el ingreso hospitalario o la gestión del duelo, puede tener un impacto negativo en la salud mental. Con el objetivo de prestar apoyo psicológico a la ciudadanía, el Servicio Catalán de Salud ha creado Gestioemocional.cat.

Se trata de una ‘webapp’ que ejerce como un nuevo canal de comunicación y forma parte de la Instrucción del Plan de acción para el apoyo emocional y la gestión de estrés agudo. Su desarrollo ha sido impulsado desde el Área de Ciudadanía, Innovación y Usuarios del Servi-

cio Catalán de Salud.

La consejera de Salud, Alba Vergés, ha destacado la importancia de atender a las personas en este ámbito. El virus “no nos permite acompañar como corresponde a la gente”, ha señalado. Por ello, esta aplicación nace con “la voluntad de acompañar y ayudar a las personas en todo este proceso”, de cara también a “evitar problemas en el futuro”.

Los contenidos de Gestioemocional.cat han sido desarrollados desde el servicio de psiquiatría de la Hospital Universitario Vall d’Hebron. La aplicación permite así manejar hasta siete síntomas diferentes: entre ellos, la gestión del duelo, la ansiedad o problemas del sueño.

### Evaluación mediante test

Con la app se podrá hacer una evaluación del su estado emocional a través de un test, que identificará cuatro estados



La consejera de Salud de Cataluña, Alba Vergés, comparece en rueda de prensa.

emocionales diferentes. En función de estas respuestas, la herramienta determinará cuáles son las necesidades de aquella persona. Fruto de ello ofrecerá una serie de recursos y consejos para mejorar su estado o bien le recomendará recibir ayuda profesional.

Ejercicios de autogestión de las emociones, de relajación o respiración, mindfulness, herramientas para calmar

los sentidos o de control del pensamiento son algunos de los recursos prestados. Por otro lado, la aplicación se encarga también de proporcionar al usuario información de hábitos saludables.

En caso de precisar ayuda profesional, se deberá enviar un cuestionario donde se les pide datos de contacto. De esta manera, el equipo de psicólogos del SEM se pondrá en contacto telefónico.

# IN2TEGRA-M: Tecnología y serología, un poderoso binomio frente al Covid-19

Este proyecto teje una red que promociona la autosuficiencia para iniciar un desconfinamiento inteligente

**MARIO RUIZ**  
Madrid

La búsqueda de soluciones frente a la crisis sanitaria originada por el coronavirus se ha convertido en prioridad absoluta. En este contexto nació Hackathon #VenceAlVirus de la Comunidad de Madrid, que ha dado fe de la voluntad de una sociedad dispuesta a frenar al Covid-19 a golpe de emprendimiento. Buena cuenta de ello la dieron los 6.000 inscritos y 700 proyectos presentados, donde la conjunción del binomio ciencia-innovación ha dado vida a una de las iniciativas seleccionadas: IN2TEGRA-M.

El desglose de su acrónimo da como resultado su nombre, que se extiende como Iniciativa Integrada para Test Generalizados Rápidos y Autónomos en Madrid. Se trata de un proyecto útil cimentado en la colaboración regional a varios niveles y en la responsabilidad social.

Dentro de su equipo se encuentra Fernando Josa Prado, Doctor en biología molecular-celular y experto innovación promotor y coordinador general de IN2TEGRA-M; Carmen Muñoz, estudiante de último curso de Ingeniería de Organización Industrial de la UPM y coordinadora de diseño industrial y app; y Daniel Martín, experto en tecnologías emergentes y aplicadas, y coordinador de logística y comunicación. Todos ellos cofundadores de IN2TEGRA-M, al igual que Noelia López, Doctora en biología molecular especializada en microorganismos patógenos y diputada en la Asamblea de Madrid por Ciudadanos, quien ya no forma parte del equipo tras el fin del Hackathon.

Asimismo también han colaborado, pro-bono, empresas como ELZABURU, que se ocupan de que el proyecto esté protegido desde el punto de vista legal y de Propiedad Intelectual e Industrial. IN2TEGRA-M ha agradecido, además, el interés de Information Builders Iberica y AsBioMad.

## Desconfinamiento inteligente

Como parte de su desarrollo, sus responsables han creado sinergias para el testeo serológico generalizado de Covid-19 en la Comunidad de Madrid. Sin embargo, la escala de IN2TEGRA-M aspira a maximizar su dimensión y llegar al ámbito nacional e internacional. La información fruto de este proyecto permitiría poner en marcha el denominado desconfinamiento inteligente.

El objetivo así es medir quiénes están y no inmunizados mediante la detección serológica de anticuerpos para disminuir el impacto de potenciales olas de contagio. De esta manera, se podría proceder a un control de la movilidad de los afectados según marque el criterio de



que estamos creando y creemos que es la necesaria para cubrir esta necesidad", afirma.

## Fabricación nacional de test serológicos

"Además estamos generando cosas nuevas dentro de cada uno de los puntos de esta cadena de valor", apunta también el responsable. Unida a la inefable labor de logística de la que precisa la distribución de estos test, IN2TEGRA-M se sirve de la tecnología de inmunocromatografía de oro coloidal como base de los mismos.

Estos test rápidos de anticuerpos detectan inmunoglobulinas IgM e IgG, donde el proyecto también aporta un valor añadido: una vuelta de tuerca gracias a un equipo de expertos en biología molecular y bioquímica. A bajo coste y con una fiabilidad muy alta, diversas empresas ya se han interesado por comenzar la fabricación nacional que permitiría al territorio ser autosuficiente y no tener que acudir al mercado internacional a por ellos.

En la distribución de los test, Daniel Martín destaca la responsabilidad social a la hora de buscar partners logísticos. "En esta labor hay que tener un sensibilidad especial", destaca. "A partir de ahí, si luego se transforma en un modelo de negocio será una vez pasado todo este momento de pandemia". Lo importante, señala, es que la persona que entrega el test sepa a quién está dando el mismo, es decir, su identidad. "El objetivo es verificar su entrega como si fuera un voto por correo".

## Una aplicación como nexo

La idea de potenciar la autosuficiencia sanitaria y tecnológica culmina con el desarrollo de una app que ejerce de registro para el usuario, donde el resultado del test se complementa con un cuestionario sobre sintomatología. "Es la fuerza combinada del resultado bioquímico del test físico con la información del cuestionario la que va a permitir al algoritmo o a las autoridades sanitarias describir a qué grupo de pacientes o de potencial riesgo perteneces, y en base a eso darte unas instrucciones y recomendaciones. Ese es el flujo", apunta Fernando Josa Prado.

Así, el procedimiento que propone IN2TEGRA-M es sencillo. La app comienza pidiendo una serie de datos personales: email, teléfono, DNI, etc. Además pide activar la geolocalización, algo que podría ser importante para las autoridades sanitarias de cara a controlar los nichos o zonas de contagio.

A partir de ahí, ofrece instrucciones sobre cómo realizarse el test serológico en casa, el cual viene identificado mediante un código QR que asociará el diagnóstico del mismo a nuestros datos personales, haciéndolo único e intransferible.



"El trabajo de todo el equipo durante el hackathon ha sido pro-bono, algo que nos llena de esperanza como sociedad"

las autoridades sanitarias.

Su promotor, Fernando Josa Prado, incide en la idea de que IN2TEGRA-M hace uso de recursos ya existentes, aunque para ello han tejido toda una red que los aglutina e integra cumpliendo los tres retos marcados por Hackathon Madrid: salud, comunidad y empleo. "Nosotros no somos mediadores que simplemente interconectan. Estamos generando una comunidad con una red

# Los puntos cardinales de la **telemedicina** en tiempos de **Covid-19**

The Lancet publica un informe que analiza la expansión mundial de la asistencia virtual

CARMEN M. LÓPEZ  
Madrid



Las dimensiones de la pandemia provocada por el SARS-CoV-2 no solo están poniendo a prueba la capacidad real de los sistemas sanitarios, también la capacidad virtual. ¿Cómo se está expandiendo la telemedicina en el mundo? Paul Webster en un informe publicado en The Lancet analiza cómo esta herramienta va cogiendo terreno en la nueva realidad asistencial.

Como indica el autor, el aumento de casos por Covid-19 está transformando el modelo asistencial con nuevos enfoques de tratamiento. El objetivo no es otro que frenar la propagación del virus en las consultas médicas.

## Estados Unidos: el auge generalizado

En Estados Unidos, según recoge Webster, la mayoría de las consultas se están realizando de manera virtual. Como expone el director del Centro de Salud y Tecnología de la Universidad de Rochester, Ray Dorsey, se ha dado un aumento diez veces superior que en circunstancias normales en las últimas semanas. “Es una transformación tan grande como nunca antes en la historia de la atención médica en los Estados Unidos”, apunta Dorsey. Sin embargo, la pregunta es si estas medidas se mantendrán tras la pandemia.

## ¿Y China?

China está sirviendo como espejo para planificar ese ‘día de después’. En el país asiático se aconsejó a los pacientes que buscaran ayuda médica a través de la telemedicina. Para ello, el país reforzó con mecanismos esta atención virtual. En declaraciones a The Lancet de Beijing, Xu, que es miembro del Grupo

## Modelo asistencial

Los países han orientado su modelo asistencial hacia la telemedicina, adaptando sus consultas de manera virtual

## Estados Unidos y Europa

Llevan la delantera en estas herramientas, obligando así a agilizar los procesos burocráticos

Asesor Técnico de Salud Digital de la OMS e investigador del Instituto Ningbo de Tecnología e Ingeniería de Materiales de la Academia de Ciencias de China, explicó que la transformación del cuidado virtual de China se desencadenó cuando el país acordó pagar las consultas de atención virtual porque los hospitales y las clínicas estaban llenos. Gracias a estas tecnologías, explica, los médicos pueden consultar con más de un centenar de pacientes al día, lo que supone un aumento significativo del número de casos diarios que manejaban en persona en el pasado.

Siguiendo esta estela, Estados Unidos, Medicare y Medicaid supervisan los principales programas de salud pública del país. De esta manera, “emitieron una variedad de exenciones regulatorias temporales y nuevas reglas para equipar al sistema sanitario estadounidense con la máxima flexibilidad para responder a la pandemia”. Tal y como anunció Estados Unidos, estas medidas permiti-

rán que se presten más de 80 servicios adicionales a través de la telemedicina.

El autor de este informe recoge las impresiones de expertos como Eric Topol, director del Scripps Research Translational Institute en La Jolla, que asegura que a pesar de que es un momento propicio para ello, no existe preparación. El motivo, asegura Topol, han sido las barreras regulatorias que hasta entonces existían en Estados Unidos.

Otro experto, Sandu Buchman, presidente de la Asociación Médica de Canadá, explica que se está trabajando en eliminar estas barreras hegemónicas y regulatorias. Ha sido precisamente la crisis del Covid-19 la que ha puesto sobre la mesa una competición por implementar la tecnología virtual tan rápido como es posible.

## ...La expansión en Europa

Aunque existe la necesidad de potenciar la telemedicina, los expertos coinciden en que esta repentina carrera hacia la virtualización puede mermar la calidad de la atención asistencial.

Más allá de Estados Unidos, en Reino Unido también se sigue por esta línea. Allí explican cómo la relación riesgo-beneficio de esta atención virtual ha cambiado enormemente la práctica clínica. Del mismo modo, los trámites burocráticos se han reducido.

En Italia, aunque el uso de la telemedicina llevaba incorporado desde 2018, los gerentes de los hospitales han tenido que hacer frente a esta realidad. Aumentar la capacidad de la telemedicina se ha convertido también en una prioridad para el país transalpino, ya que actual-

mente no cuentan con la capacidad necesaria para integrarlo.

## India transforma su modelo

Choca también el caso de India que reporta el autor, donde la atención médica se está reconvirtiendo también. “El acceso a la atención médica virtual es mucho más fácil dentro de los sistemas públicos de la India que entre los privados”. Sin embargo, a medida que aumenta la pandemia en este país, los médicos de la sanidad privada se suman a la telemedicina de manera gratuita.

De hecho, Webster recoge que para acelerar la transformación, el gobierno indio está copiando las tácticas de China al lanzar un conjunto de aplicaciones de mensajería instantánea, como WhatsApp, para habilitar estos servicios virtuales, incluida la mensajería pública sobre modificaciones de comportamiento, o el seguimiento epidemiológico.

## Las dos velocidades de África

En África la situación, según reportan expertos a The Lancet, es más tranquila, a pesar de que en Sudáfrica el ritmo es más ágil. Sin embargo, con el uso del teléfono móvil generalizado en todo el mundo, la atención virtual es más accesible. No es necesario, explican los expertos, contar con una infraestructura sofisticada.

Con todo, los expertos a los que consulta Webster coinciden en que las barreras regulatorias que existían hasta entonces en telemedicina no estaban justificadas. Consideran que es el momento idóneo para eliminar esas barreras y continuar la expansión de esta herramienta.

## Profesión

# El Día de la Atención Primaria reivindica su papel en la crisis del Covid-19

El Foro presenta un decálogo que pone en valor sus fortalezas para un abordaje efectivo de la pandemia

**ESTHER MARTÍN DEL CAMPO**  
Madrid

El papel de la atención primaria española en la gestión de la pandemia del Covid-19 ha sido, es y continuará siendo crucial. Es uno de los mensajes que este año ha querido lanzar el Foro de Atención Primaria en el marco del 12 de abril, una jornada en la que se ha celebrado el Día de la Atención Primaria.

El Foro recuerda que la atención primaria se sitúa en la base de la curva, tanto en las primeras fases de transmisión comunitaria como en el seguimiento final de las altas hospitalarias y pone el acento en la necesidad de potenciar el primer nivel asistencial como eje vertebrador del sistema.

### Decálogo frente al Covid-19

Las entidades que lo integran suscriben un decálogo que plantea áreas de mejora en el abordaje de la pandemia, pero también reclamaciones históricas que se han de poner sobre la mesa una vez que se controle la crisis sanitaria.

En primer lugar, recuerdan que la AP es el eje del sistema sanitario y así debería ser reconocida a todos los efectos. En este sentido, cuestionan el abordaje hospitalario en gran parte de las regiones españolas, "debido a la imprevisión y minusvaloración del peligro". Mientras, aseguran que en regiones como Canarias o Murcia, con mayor papel de la primaria en diagnóstico y seguimiento de los pacientes, se ha logrado contener y ralentizar la llegada de pacientes a los hospitales, lo que se traduce en la menor tasa de pacientes

confirmados por 100.000 habitantes.

Además, insisten en que en la mayoría de las comunidades, los profesionales del primer nivel se han visto expuestos por la falta de equipos de protección individual

para los profesionales, así como por una deficiente gestión de los recursos humanos, en favor de la puesta en marcha de hoteles hospitalizados y macrohospitales de campaña. Además,

han limitado los circuitos de solicitud de pruebas diagnósticas.

"Haber obviado el fundamental e imprescindible planteamiento de asistencia comunitaria para prevenir la extensión de la epidemia nos ha llevado a la situación actual", aseguran en su manifiesto.

### Líderes en la cronicidad

Entre otros muchos detalles, el documento remarca que la primaria debe liderar la gestión de los procesos del enfermo crónico dentro del sistema sanitario y social, así como en la atención domiciliaria.

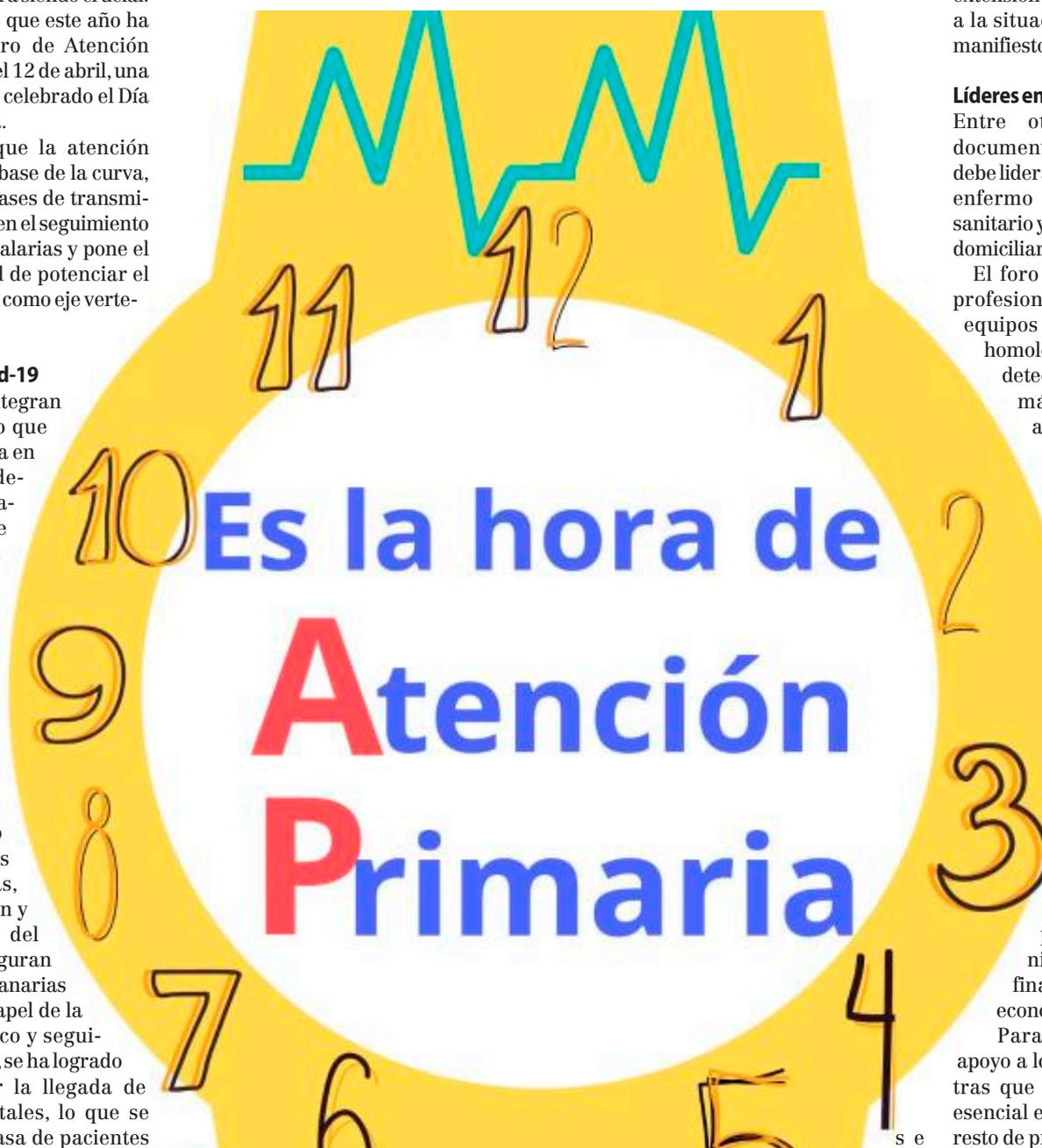
El foro reclama, asimismo, que los profesionales de AP tengan acceso a equipos de protección individual homologado, así como a los test para detectar a la población de manera más correcta favoreciendo un aislamiento mejor de los casos, y tener accesibles las distintas opciones terapéuticas.

"No entendemos cómo el aplaudido millón de pruebas rápidas de detección de anticuerpos frente al SARS-CoV-2 no vaya a estar a disposición para que los pediatras y médicos de familia los realicen a sus pacientes", reivindican.

Otro punto es el acceso desde AP al catálogo completo de pruebas complementarias.

Con la mirada a medio y largo plazo, siguen reclamando un entorno atractivo para los médicos del primer nivel asistencial, además del final de los visados con criterios economicistas.

Para finalizar, el foro muestra su apoyo a los médicos de familia y pediatras que están realizando una labor esencial en esta pandemia, así como al resto de profesionales sanitarios.



# Semfyc calcula en más de 900.000 los casos leves de Covid-19 atendidos en AP

El 63,5 por ciento de las consultas de primaria se deben a causas distintas al Covid-19

GM  
Madrid

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc) ha hecho públicos los resultados de una encuesta realizada durante la semana del 23 al 27 de marzo entre 1.063 especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria que ejercen en atención primaria.

Según este trabajo, los profesionales realizan el seguimiento de más de 900.000 pacientes con cuadro clínico probable de Covid-19 con sintomatología leve y sin confirmación por la falta de test en primaria. La mayoría de ellos, además, no ha precisado atención hospitalaria.

Su presidente, Salvador Tranche, destaca que este documento pone de manifiesto el "extraordinario papel de contención, base del SNS y puerta de entrada a la sanidad, que realiza la atención primaria y los profesionales que trabajan en esta, durante esta crisis".

Las proyecciones de los datos de la encuesta sitúan los casos confirmados al 27 de marzo en 65.149, cifra muy similar a los 64.059 que se publicaron entonces, lo que daría validez al millón de casos leves registrados.

Tranche profundiza en estas cifras: "Más de 900.000 casos con sintomatolo-



Desde el inicio del confinamiento, la atención en los centros de salud es principalmente no presencial.

gía respiratoria leve han sido tratados en Atención Primaria; de ellos, solo una mínima parte está llegando al hospital, lo que permite desestresar el sistema y que las unidades hospitalarias se focalicen en la atención a los más graves, así como en los cuidados intensivos, como está previsto".

Otro de los aspectos que más llama la atención en la encuesta se refiere a las consultas presenciales. Aunque todos los mensajes desde el inicio del confinamiento van orientados a promover la consulta no presencial, la realidad es que surgen problemas de salud que no son demorables y no pueden resolverse

telemáticamente y que, lógicamente, continúan solucionándose en atención primaria.

## Motivos de consulta

Del conjunto de datos extraídos se deriva que, si bien el 36,41 por ciento de los pacientes atendidos de manera presencial acudieron a consulta por motivos vinculados a cuadros respiratorios que podrían estar vinculados a la Covid-19, el 63,5 por ciento restante lo hicieron por causas distintas y de carácter indemorale. El total de estas consultas presenciales por temas no respiratorios se situaría en torno a 867.000, si se proyectan los datos obtenidos de 1.063 médicos de familia sobre el total de facultativos de primaria.

En este sentido, el presidente de Semfyc recalca que el mantenimiento de la asistencia a los pacientes con patología crónica o necesidades indemorables no vinculadas a Covid-19, constituye "uno de los pilares de la atención primaria y la medicina familiar y comunitaria en estos tiempos de pandemia: el sistema debe continuar asistiendo a los pacientes crónicos más aún ahora donde la situación de confinamiento nos obliga a ofrecer un mayor soporte emocional y apoyar la difusión de información sanitaria de calidad hacia los pacientes".

## Lecciones positivas en enfermedad renal y CV en la pandemia

GM  
Madrid

Millones de personas en España padecen enfermedades cardiovasculares (ECV) y/o renales, muchas de las cuales están sometidas a un riesgo más elevado de presentar complicaciones o de fallecer si desarrollar Covid-19.

Ante esta situación, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen) ha llevado a cabo un especial en su plataforma *on line* para analizar tanto los últimos avances como las consecuencias que produce la infección en el manejo de los pacientes con patologías cardiovasculares y renales.

El webinar completo ya está disponible en [www.envivo.semergen.es](http://www.envivo.semergen.es), junto con sesiones previas también focalizadas en el coronavirus y sus efectos en distintos

grupos de pacientes o colectivos sociales.

La sesión contó con la participación del presidente de Semergen, José Luis Llisterri, Vicente Pallarés, médico de Familia y coordinador del Grupo de Trabajo -GT- de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de Semergen, y José Luis Górriz, jefe del Servicio de Nefrología del Hospital Clínico Universitario de Valencia, y miembro del GT de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de Semergen.

Los participantes han repasado la evidencia disponible sobre este vínculo a día de hoy. Entre otras ideas, remarcan que el riesgo de infección es el mismo, con independencia de que el paciente tenga o no una enfermedad cardiovascular. Lo que sí aumenta son las complicaciones y la mortalidad ante esta asociación, son pacientes de riesgo.



Los especialistas repasaron la evidencia disponible sobre Covid-19 y enfermedad renal y cardiovascular.

En este sentido, destacan que el aumento de la actividad inflamatoria sistémica y procoagulante puede persistir tiempo después de la resolución de la infección respiratoria. José Luis Llisterri añade que "esto es importante para evaluar el impacto en la morbimortalidad a corto y medio plazo en personas con ECV que han sufrido la infección por SARS-Cov-2".

Entre otras muchas ideas, los participantes han puesto en valor la aportación de la telemedicina y las tecnologías de información, como lecciones en positivo de la situación actual, así como el papel central de la atención primaria en la atención a estos pacientes con enfermedad cardiovascular o renal, un aspecto crucial en plena crisis sanitaria.

# El Covid-19 frena el abordaje de precisión de otras patologías graves

Los especialistas advierten de una reducción de consultas en cardiología, neurología y oncología pediátrica, lo que a medio plazo puede tener consecuencias importantes en la salud

SANDRA PULIDO/CARMEN M. LÓPEZ  
Madrid

Todos los profesionales sanitarios están volcando sus esfuerzos en luchar contra el coronavirus. Su máxima prioridad es atajar la crisis que está provocando el virus a nivel mundial. Pero, ¿y el resto de patologías? Aunque el Covid-19 acapare la atención por su rápida expansión y el gran número de muertes que está dejando a su paso, la población continúa con sus enfermedades, muy distintas a esta pandemia. La disminución de la actividad en las distintas especialidades es clara. Lo aseguran las sociedades científicas y los propios especialistas que han visto frenado, en cierto modo, el abordaje de precisión que España estaba incorporando al manejo asistencial.

En paralelo a esta situación, no hay que perder de vista que más de 20.000 sanitarios están contagiados por Covid-19, es decir, un 15 por ciento del total de los profesionales de la salud. “Hasta ahora, han sido médicos de primaria los fallecidos”, apunta Salvador Tranche, presidente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc). Y señala que una de las razones del elevado número de positivos entre el personal sanitario podría ser que, “muchas veces, atienden a pacientes con una sintomatología imprecisa que hace bajar la guardia sin querer”.

El principal problema, según los profesionales sanitarios, es la escasez de EPIs: “Es inconcebible la falta de test para detectar los positivos y la falta de material de protección, con el riesgo que eso conlleva y que se traduce, como podemos ver, en la cantidad de infectados dentro del personal sanitario”, explica la portavoz de la Sociedad

## El coronavirus

La pandemia ha acaparado todo el protagonismo de la atención sanitaria, obligando así a reorganizar el modelo

## La práctica clínica

Las consultas se han rediseñado, sin embargo, no hay que perder de vista a las patologías más graves

Española de Reumatología (SER), Montserrat Romera.

## Un futuro incierto

Los expertos tienen claro que el incremento de patologías es una realidad a corto y largo plazo. Es el caso de cardiología que prevé un incremento en la mortalidad cardiovascular, con pacientes que presenten muerte súbita extrahospitalaria, ruptura cardíaca o infartos extensos. Unos cuadros médicos que, advierte, habían conseguido reducirse sustancialmente en España. Lo mismo ocurre en neurología, en concreto con los ictus. Ante síntomas que, aparentemente, pueden ser menores, si el paciente no acude a urgencias las consecuencias pueden ser graves.

En oncología pediátrica la situación no es diferente. Los pacientes no acuden a urgencias por miedo a un contagio. A esto se suma que el diagnóstico precoz del cáncer está paralizado a través de los cribados. Una situación, aseguran los oncólogos, que obligará a que ‘el día de después’ las prioridades sanitarias de España se vuelvan a reordenar.

## Los ingresos por ictus caen en un 30%

La reorganización asistencial centrada casi en su totalidad en la Covid-19 podría estar teniendo ya consecuencias devastadoras en la atención neurológica urgente y el tratamiento adecuado en las Unidades de Ictus.

Según los datos obtenidos de una encuesta que la Sociedad Española de Neurología (SEN) ha llevado a cabo en 11 comunidades autónomas, en el mes de marzo podría haberse reducido hasta en un tercio el número total de ingresos por ictus respecto al mes anterior. “La atención a la epidemia nos ha obligado a reorganizar los equipos de neurología y esto tiene consecuencias en los pacientes ambulatorios”, explica a GM David Ezpeleta, secretario de la Junta Directiva de la (SEN). “Por vía telemática hemos atendido a los que necesitan una atención más continuada para intentar minimizar el daño lo máximo posible”, añade.

## El ictus “sigue existiendo”

Sin embargo, la preocupación de los neurólogos está puesta en la enfermedad cerebrovascular. Según los datos, los ingresos con enfermedad cerebrovascular aguda habrían caído un 30 por ciento



respecto al mes anterior, y los ingresos por fibrinólisis intravenosa presentan una reducción del 38 por ciento.

“Algunas enfermedades han tenido una caída muy importante en la atención. Pero son enfermedades que siguen existiendo y siguen teniendo cuadros neurológicos graves que se pueden beneficiar de las nuevas terapias y de los Códigos Ictus”, incide Ezpeleta.

El tratamiento en las primeras horas aumenta considerablemente la probabilidad de recuperación neurológica: la probabilidad de fallecer o de discapacidad grave pueden reducirse a la mitad.



## El Código infarto, en 'parada' por el Covid-19

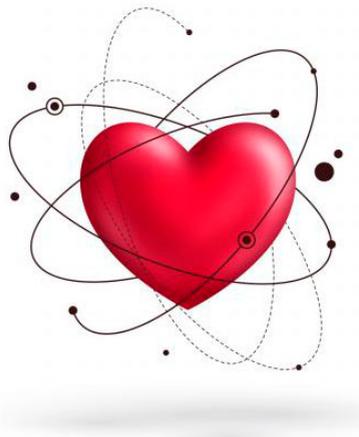
La crisis sanitaria en la que se encuentra sumida España ha propiciado una disminución muy significativa de la actividad en la cardiología intervencionista, según ha puesto de manifiesto un registro llevado a cabo por la Sociedad Española de Cardiología (SEC).

Para el análisis han realizado encuesta telemática a 71 Servicios de Cardiología de las 17 comunidades autónomas donde se realizan procedimientos de Código Infarto. Este protocolo funciona las 24 horas al día y los 365 días del año con el objetivo de tratar a cualquier paciente que sufre un infarto antes de 120 minutos.

Tal y como explica a GM Oriol Rodríguez, de la Asociación de Cardiología Intervencionista de la SEC, "en la red del Código Infarto hemos detectado una caída del 40 por ciento. La impresión que tenemos es que está ocurriendo lo mismo en el resto de países y parece que está muy ligado al miedo que tiene la gente a acudir a los hospitales".

### Mortalidad cardiovascular

Los datos del estudio sugieren que este aspecto producirá un incremento en la mortalidad cardiovas-

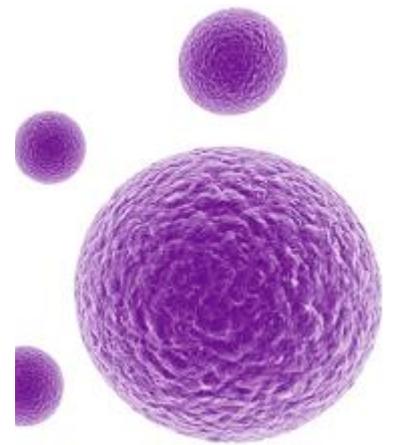


cular a corto y largo plazo con pacientes que presenten muerte súbita extrahospitalaria, ruptura cardíaca o infartos extensos. Se trata de cuadros médicos que habían conseguido reducirse sustancialmente tras la implementación a lo largo de la última década del Código Infarto. "Los pacientes que no tienen una clínica de 'sensación de muerte inminente' están tardando en acudir al hospital porque la gente está con miedo", continúa el cardiólogo. "Hemos detectado también incremento en las complicaciones relacionadas con los infartos evolucionados", añade.

## El cáncer infantil: una prioridad en paralelo

Conscientes de que estamos en una situación de emergencia sanitaria que está transformando por completo el modelo social, para el jefe del Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital Universitario La Paz, Antonio Pérez Martínez, "es necesario que no perdamos el norte y no nos tape los ojos". El experto hace referencia a la desatención de enfermedades prevalentes y graves. Más concretamente, el cáncer infantil.

Pérez Martínez analiza con GM los escenarios que actualmente forman parte de su día a día en el hospital. El primero de ellos: los pacientes que padecen Covid-19. En su mayoría, asegura, evolucionan bien. "Estamos aprendiendo a manejarlos". Al mismo tiempo, pone sobre la mesa un problema que a la larga puede tener consecuencias. La presión social y el miedo colectivo están provocando que las revisiones de los pacientes hayan disminuido y solo acuden a consulta y controles aquellos pacientes con tratamiento activo. Aunque en el hospital, asegura, están tratando de mantener la actividad asistencial, la prudencia actual hace que los niños que van a revisión una o dos veces al año o



bien pospongan la consulta o que se haga de manera telefónica. El problema está en los pacientes que deben someterse a pruebas. "A pesar de que tratamos de mantenerlas, las familias tratan de retrasarlas por miedo a que puedan coger el Covid-19 en el hospital".

El tercer escenario, para este experto, son las urgencias. Antes, los niños acudían a las mismas por motivos menores, y ahora tardan más. "Por ejemplo, los últimos casos de leucemia que hemos tenido han sido niños que están muy avanzados, que llegaban con síntomas de leucemia en casa mucho tiempo".



Se trata de un antagonista del receptor de la interleuquina 1 (IL-1) que está indicado en procesos inflamatorios muy agudos de origen desconocido.

# Un estudio evaluará la eficacia de anakinra en pacientes graves con Covid-19

La SEMI llevará a cabo el ensayo en 10 hospitales españoles

**SANDRA PULIDO**  
Madrid

El Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (GEAS) de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) va a estudiar la eficacia de anakinra (Kineret, Sobi) en el síndrome de tormenta de citocinas secundaria al

Covid-19. El objetivo principal del estudio es valorar si los pacientes con neumonía grave necesitan ventilación mecánica a los 15 días de tratamiento y, por otro lado, estudiar la mortalidad a los 28 días.

Se trata de un antagonista del receptor de la interleuquina 1 (IL-1) que está indicado en procesos inflamatorios muy

agudos de origen desconocido –como ocurre en las enfermedades que trata como la enfermedad de Still o síndromes de CAPS. La principal motivación para estudiar su efecto en el nuevo coronavirus es la respuesta inmunitaria excesiva (tormenta de citocinas) que están sufriendo algunos de los pacientes.

La coordinadora del estudio, Patricia



“Pensamos que la IL-1 es la responsable de la tormenta citocinica que desencadena el SARS-CoV-2”

Fanlo, coordinadora del Grupo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (GEAS) de la SEMI, explica que una de las hipótesis que gira en torno a la enfermedad es que “la IL-1 es una de las citocinas claves en el Covid-19”. Por tanto, “pensamos que la IL-1 es la responsable de la tormenta de citocinas que desencadena el SARS-CoV-2 y es la molécula inflamatoria que hay que bloquear”.

Por ello, han solicitado al Instituto Carlos III llevar a cabo un estudio para evaluar la eficacia del tratamiento frente a la IL-1 en 10 hospitales españoles: CHUS, el Hospital Universitario Son Espases, el Complejo Hospitalario de Navarra, el Hospital La Fe de Valencia, el Hospital Vall d’Hebron, el Clínic de Barcelona, el Hospital La Paz, el Hospital Lorenzo Blesa, El Hospital Ramón y Cajal, el Hospital Alvaro Cunqueiro.

## Primer estudio en España

En Italia ya han puesto en marcha estudios con anakinra en el mismo perfil de pacientes y en España esperan comenzar esta semana. Estudios anteriores han evaluado su eficacia en el tratamiento de la sepsis y en pacientes con enfermedad autoinmune sistémica que desarrollan como complicación un síndrome de activación macrófagica. “Este síndrome es similar a lo que sucede en la Covid-19 en la fase inflamatoria y en los estados de gravedad”, añade Fanlo.

## Investigadores de HM Hospitales inician un ensayo contra el coronavirus

**GM**  
Madrid

Investigadores de HM Hospitales han iniciado un ensayo clínico randomizado que testará eficacia a una nueva combinación de fármacos: ruxolitinib y simvastatina frente al Covid-19. El objetivo es analizar cómo ambos fármacos pueden “dificultar la entrada del virus en las células del paciente y a la vez controlar una reacción inflamatoria exagerada”. Asimismo, el grupo hospitalario pretende avanzar en el conocimiento del virus con la investigación.

El ensayo está encabezado por Paula Villares, jefa del Servicio de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario HM Sanchinarro, y Jesús García-Donas, director de Laboratorio de Innovación en Oncología del Centro Integral Oncológico Clara Campal HM CIOCC.



Fachada principal del HM Sanchinarro.

“Aunque los dos medicamentos se emplean en diferentes patologías desde hace años, será la primera vez que se prueben de forma conjunta en esta infección”, ha afirmado Villares. La doctora explica que la intención del ensayo es

dificultar la infectividad del virus a la vez que se controla la reacción inflamatoria que desencadena el cuerpo humano.

## Fármacos empleados

Ruxolitinib, cuyo nombre comercial es

Jakavi y pertenece a la farmacéutica Novartis, es una sustancia con eficacia conocida en otros contextos clínicos y que podría prevenir complicaciones respiratorias. En ocasiones podría prevenir complicaciones potencialmente mortales en pacientes de Covid-19, según indican en un comunicado. En este estudio, Novartis colabora aportando la medicación.

Del mismo modo, la simvastatina es un fármaco libre de patente orientado a la prevención del colesterol y que podría interferir con los mecanismos de entrada en las células humanas.

Esta hipótesis parte de los estudios in vitro realizados por Pedro Berraondo, co-investigador del estudio en el Centro de Investigación en Medicina Aplicada (CIMA).

## Investigación al servicio internacional

Desde HM Hospitales aseguran “querer poner todo su músculo investigador al servicio de la comunidad internacional”. Para ello, el grupo hospitalario apuesta por la coordinación entre profesionales sanitarios de Medicina Interna, Enfermedades Infecciosas y Oncología.

# Los test masivos a toda la población son básicos para frenar la pandemia

El estudio combina las pruebas en personas con síntomas de Covid-19 y de otras asintomáticas

GM  
Madrid

Un estudio realizado en Islandia confirma que el 0,8 por ciento de la población está infectada por diversas cepas del virus. El trabajo ha sido realizado por eCODE Genetics, compañía subsidiaria de la biotecnológica Amgen, en colaboración con el Iceland's Directorate of Health y la National University Hospital de Islandia.

Los resultados de este estudio sobre la propagación temprana del virus SARS-Cov-2, causante de la enfermedad Covid-19 acaban de ser publicados en The New England Journal of Medicine.

El objetivo del mismo es ofrecer una visión completa sobre cómo se propaga el virus entre la población, en este caso de 360.000 islandeses, y cómo las medidas de contención como son el diagnóstico temprano y masivo, el seguimiento de los casos o el aislamiento, pueden ayudar a frenar la enfermedad.

José Motellón, director médico de Amgen en España y Portugal, considera que "es de vital importancia conocer cómo se propaga el virus en las diversas comunidades". "Estamos seguros de que la respuesta rápida de deCODE a esta emergencia y los conocimientos generados serán clave para ofrecer una base científica más sólida que ayude a las autoridades sanitarias a tomar las medidas necesarias", añade.

Los resultados muestran que el 0,8



El estudio, finalizado el cuatro de abril, permitió realizar más de 60.000 test por millón de habitantes.

por ciento de la población islandesa está infectada por diversas cepas del virus, lo que confirma la preocupación del efecto que tienen las personas asintomáticas en la propagación del virus.

Esto sugiere que, aunque los esfuerzos realizados por el Sistema de Salud Público Islandés para mitigar la propagación del virus han sido efectivos, una mayor información, como la que podría obtenerse a través del testeo masivo de la población, podría ser clave para contener el impacto de la Covid-19 en Islandia a largo plazo.

El estudio, finalizado el 4 de abril, ha realizado más de 60.000 tests por millón de habitantes tanto a personas con síntomas como a la población general.

Desde la finalización del estudio, Islandia está realizando diariamente otros 4.000 tests por cada millón de habitantes.

Las autoridades sanitarias islandesas empezaron realizar análisis a aquellas personas que volvían de zonas consideradas de alto riesgo, como las zonas de esquí de los Alpes, y a los que ya a principio de febrero habían mostrado algún

síntoma, lo que supone incluso un mes antes de la confirmación del primer caso en Islandia (el 28 de febrero).

El 4 de abril, estudio había identificado 1.221 casos positivos (13,3 por ciento) de entre 9.199 personas de alto riesgo: aquellas que presentaban síntomas, las que provenían de viajes de países con alta incidencia y sus contactos. Todos los casos confirmados fueron aislados y a las personas con la que habían tenido contacto se les realizó un seguimiento y estuvieron en cuarentena domiciliar de 14 días.

## Test gratuitos a voluntarios

Para complementar el testeo y maximizar el alcance del estudio, el 13 de marzo deCODE empezó a realizar análisis de forma voluntaria y gratuita a aquellos ciudadanos que se inscribieron. El 1 de abril ya eran 10.797 personas las que habían sido testadas con 87 nuevos casos positivos (0,8 por ciento) identificados. Entre el 1 y el 4 de abril, se han testado a otras 2.283 personas seleccionadas de forma randomizada con 13 nuevos positivos (el 0,6 por ciento).

El análisis combinado de la información recopilada sugiere que los niños y las mujeres son, por lo general, menos susceptibles a contraer SARS-Cov-2 que los hombres y los adultos.

La investigación ha permitido hallar 291 mutaciones del virus que no se han identificado en otro lugar más que en Islandia.

## Amgen y Adaptative Biotechnologies desarrollarán un tratamiento para Covid-19

GM  
Madrid

Las biotecnológicas Amgen y Adaptative Biotechnologies acaban de anunciar un acuerdo de colaboración con el objetivo de dar respuesta a la pandemia del Covid-19. A través de este acuerdo, ambas compañías trabajarán en la identificación y desarrollo de anticuerpos humanos que puedan neutralizar el Covid-19 y tengan la capacidad potencial de prevenir o tratar la enfermedad.

Los anticuerpos neutralizantes permiten defender a las células sanas interfiriendo en la función biológica de un virus invasor. Estos anticuerpos pueden usarse como tratamiento para aquellos pacientes que están luchando contra una enfermedad, o pueden administrarse a aquellas personas que tienen un riesgo elevado de contraer la enfermedad por una exposición continuada al virus,

como podrían ser los profesionales sanitarios.

Nuestra ya histórica colaboración con Adaptative, nos permite movilizar inmediatamente los recursos de las dos compañías para ayudar en la lucha mundial contra la pandemia del Covid-19. Desde Amgen, podemos secuenciar rápidamente los virus de cientos de pacientes, además, de una gran capacidad de desarrollo y de producción de fármacos. Trabajar conjuntamente con Adaptative y disponer de su plataforma de anticuerpos acelerará nuestra capacidad de incorporar un nuevo fármaco para SARS-COV-2 a los ensayos clínicos", afirma Fina Lladós, directora general de Amgen en España y Portugal.

Adaptative extenderá su plataforma de alto rendimiento para analizar rápidamente la diversidad genética de los receptores de células B de aquellas personas que se han recuperado del

Covid-19. Esto, permitirá la identificación de los miles de anticuerpos naturales existentes entre los que han sobrevivido a la enfermedad y así poder seleccionar aquellos que tienen la capacidad de neutralizar el virus.

Tras este análisis, Amgen utilizará su ingeniería para crear anticuerpos y su capacidad de desarrollo de fármacos para seleccionar, desarrollar y producir anticuerpos diseñados para neutralizar el SARS-CoV-2. deCODE Genetics, una compañía subsidiaria de Amgen aportará, además, información genética sobre los pacientes previamente infectados por Covid-19.

"Esta colaboración amplía nuestra capacidad en la investigación de tratamientos, demostrando el poder y la versatilidad de nuestra plataforma de medicina inmunológica", afirma Chad Robins, director general y cofundador de Adaptative Biotechnologies.



Amgen y Adaptative Biotechnologies firman un acuerdo.

# La Sociedad Europea de Nutrición publica la guía sobre el soporte nutricional en Covid-19

El documento propone diez recomendaciones para el manejo de estos pacientes en distintos escenarios

E.M.C.  
Madrid

La Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (Espen) ha publicado una guía sobre el soporte nutricional de pacientes con Covid-19. La sociedad defiende que tanto la intervención como el tratamiento nutricional tienen que ser considerados como parte integral del abordaje de los pacientes con Covid-19 a todos los niveles.

La guía propone diez recomendaciones para el manejo nutricional de estos pacientes y diferencia dos escenarios, pacientes con esta infección a distintos niveles y personas ingresadas en la UCI.

En cada paso del tratamiento, insisten, la terapia nutricional debe ser parte del cuidado del paciente, con atención especial a los mayores, personas frágiles e individuos con comorbilidades individuales.

Asimismo, los expertos insisten en que un enfoque integral que asocie la nutrición al soporte vital tiene un mayor potencial para mejorar los resultados, especialmente en la fase de recuperación del paciente.

## Que nadie quede atrás

Los autores recuerdan, por otra parte, que los pacientes con desnutrición tienen más probabilidades de formar parte de grupos con menor poder adquisitivo. De este modo, abordar la desnutrición resulta esencial para no dejar a nadie atrás en esta lucha contra la pandemia.

El decálogo plantea que se ha de revisar el estado nutricional de los pacientes de riesgo, principalmente mayores y personas con otras comorbilidades. Las herramientas recomenda-



Los autores recuerdan que los pacientes con desnutrición tienen más posibilidades de pertenecer a grupos con menos recursos, de ahí la importancia de no dejar a nadie atrás.

das son MUST y Nutritional Risk Screening 2002.

En aquellos que no requieran cuidados intensivos, el primer paso es optimizar el estado nutricional, con el consejo dietético de los profesionales. En aquellas personas con déficit nutricional, se debería suplementar con vitaminas A y D y otros micronutrientes, además de mantener la actividad física.

Asimismo, recomiendan suplementos de nutrición oral siempre que las pautas dietéticas no permitan alcanzar los objetivos nutricionales. El siguiente paso sería proporcionar nutrición enteral, en pacientes que no puedan alcanzar sus

objetivos nutricionales con la suplementación oral, así como la nutrición parenteral cuando la primera no esté indicada o resulte insuficiente.

## Pacientes en UCI

En los pacientes no intubados en UCI, si no se alcanza el objetivo energético con una dieta oral, los suplementos nutricionales orales deben ser considerados en primer lugar y, después, la nutrición enteral. Si hay limitaciones para la ruta enteral puede estar aconsejada la nutrición parenteral periférica en la población que no alcance los niveles energéticos y de proteínas por las vías anteriores.

En los pacientes intubados, la nutrición enteral debe iniciarse a través de una sonda nasogástrica. La nutrición enteral postpilórica debe realizarse en pacientes con intolerancia gástrica o en pacientes con alto riesgo de aspiración.

Por otra parte, subrayan que si no se tolera la dosis completa de nutrición enteral durante la primera semana en la UCI, se ha de valorar caso por caso el inicio de la nutrición parenteral.

En pacientes con disfagia, puede valorarse la comida de textura adaptada tras la extubación. Si la deglución no es segura, la pauta es administrar nutrición enteral.



El proyecto, que se basa en una metodología patentada, ha recibido la financiación del Instituto de Salud Carlos III.

## La USC se une a la búsqueda de vacunas

SANDRA PULIDO  
Madrid

El Centro Singular de Investigación en Química Biológica y Materiales Moleculares (CiQUS) de la Universidad de Santiago de Compostela (USC) ha recibido financiación del ISCIII para desarrollar una vacuna contra el Covid-19 en base a una metodología patentada por la propia universidad.

El coordinador a cargo del proyecto, el investigador José Martínez Costas, ha explicado en un comunicado que se trata de metodología válida contra cualquier patógeno. "Hacemos que las células de

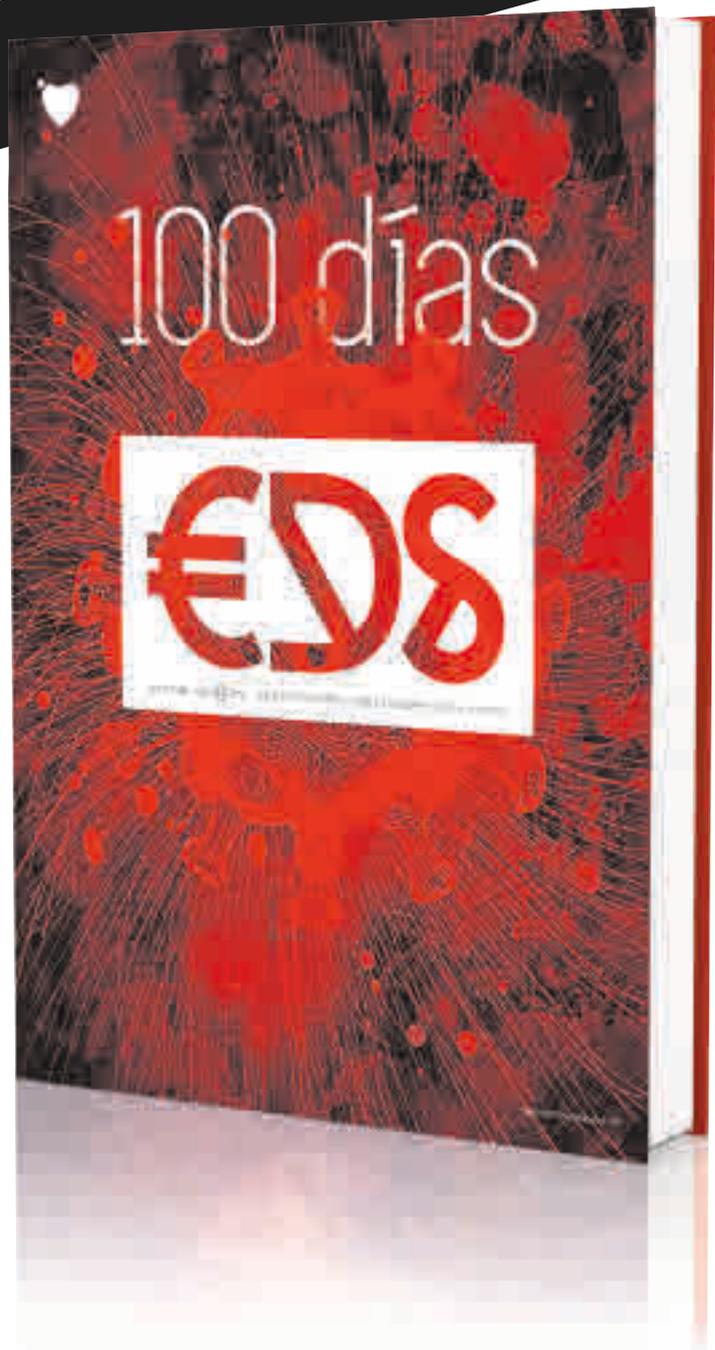
cualquier origen hagan microesferas donde introducir antígenos virales en ellas". Estas partículas "se purifican muy fácilmente y tienen una capacidad intrínseca para estimular el sistema inmunitario, lo que las hace ideales para virus como el SARS-CoV-2", ha detallado.

Por tanto, el equipo del CiQUS trabajará en la producción de la vacuna mientras que el ensayo en animales lo llevará a cabo otro equipo del Centro de Investigación en Sanidad Animal de Valdeolmos (Madrid). Si se comprueba que la estrategia aporta resultados positivos, el equipo buscará financiación adicional para iniciar los ensayos.

Por otro lado, el grupo de María José Alonso está involucrado en un equipo que trabaja en la evaluación de estudios preclínicos para una vacuna contra el SARS-CoV2 capaz de inducir respuestas inmunes duraderas. Proponen el diseño de una vacuna de ARNm basada en el virus. Según los investigadores, es una "alternativa prometedora a las vacunas convencionales debido a su gran potencial, desarrollo rápido, fabricación de bajo costo y administración segura". El trabajo se llevará a cabo desde IDIBAPS, el Centro Nacional de Biotecnología, el Centro de Supercomputación de Barcelona e IRSICAIXA.

Disponible el 23 de abril en  
[economiadelasalud.com](http://economiadelasalud.com)

# El tercer coronavirus en dos décadas ha conseguido cambiar el mundo en 100 días



Un documento profundo y completo para comprender la pandemia de covid-19. Con un enfoque económico, asistencial, investigador y político.

Un análisis estratégico de cómo está respondiendo el mundo a la pandemia causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2. Analizamos cómo el mundo ha cambiado en 100 días, tras el confinamiento decretado el 23 de enero de 2020 en Wuhan por el Gobierno chino.

El 24 de abril disponible en [www.economiadelasalud.com](http://www.economiadelasalud.com)

## REVISTA ESPAÑOLA DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Con el patrocinio de:





# Desescalada: diagnóstico y prevención sin olvidar la responsabilidad individual

Avanzar en el desbloqueo del sistema sanitario es otra de las prioridades para el desconfinamiento

**MARTA RIESGO**  
Madrid

Disponer de test diagnósticos PCR, de material de protección y asegurar que el sistema no se bloquee son tres claves que Raúl Ortiz de Lejarazu, profesor de Microbiología y director emérito del Centro Nacional de Gripe, considera que España tiene que asegurar para iniciar el fin del confinamiento. Una salida que será progresiva, “siempre y cuando los indicadores epidemiológicos estén estables”, apunta.

Una salida que aún no tiene fecha programada aunque, tal y como explica Ángel Gil de Miguel, catedrático de Medicina Preventiva de la Universidad Rey Juan Carlos “la población necesita que estas medidas de confinamiento poco a poco se vayan flexibilizando”. Y es que, señala, “son muchos días confinados, la economía se resiente mucho... hay que ir haciendo algo, sin perder control, pero mejorando el horizonte temporal de la contención”.

Pero, aún cuando el confinamiento acabe, la sociedad no puede bajar la guardia. “Hay que disponer de test, hacer diagnóstico a los pacientes, conocer sus contactos y aislarlos... y las medidas de prevención deben mantenerse”, explica Ortiz de Lejarazu. En cuanto al cómo se deberá realizar esa desescalada, el experto tiene claro que será de forma

## El desconfinamiento

Los expertos coinciden en que la población necesita que las medidas se tienen que ir flexibilizando poco a poco

## No bajar la guardia

Insisten en la necesidad de disponer de test, hacer diagnóstico y conocer los contactos y aislar a pacientes

gradual; y, aunque son muchas las medidas que se pueden adoptar y que los distintos gobiernos están estudiando, considera que la más importante tiene que ver con la conducta de los ciudadanos: “Tras estas semanas de confinamiento y con las cifras de muertos que estamos registrando, los ciudadanos tienen respeto ante esta situación, y eso se nota en el comportamiento que están adoptando”. Así, considera que “el confinamiento, como parte de las medidas de distanciamiento social, tiene que dar paso necesariamente a planes que prevean el aforo máximo de comercios, el aforo máximo de restaurantes, la suspensión de eventos de masas que superen un determinado número de

personas y que no reúnan las condiciones de la distancia de seguridad individual, etc”.

En la misma línea se posiciona Gil de Miguel, que apuesta por recuperar la actividad social y económica poco a poco. “Tenemos que intentar entre todos que la situación de colapso sanitario mejore, pero habrá que dar un respiro a la población”.

## ¿Y en verano?

El Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET) han publicado recientemente un informe con datos preliminares en el que indican que el índice de afectación del SARS-CoV-2 aumenta cuanto menor es la temperatura promedio. Para el director emérito del Centro Nacional de Gripe se trata únicamente de una teoría, “pero no hay certezas”. En su opinión, “la temperatura es un factor secundario y, aunque puede retrasar la difusión del virus, no la cortará”. Por ejemplo, apunta, en comunidades donde no se han registrado cifras tan altas de contagios puede producirse un repunte con la afluencia de turismo en los meses de verano.

## Los test de anticuerpos no son la solución

En las últimas semanas se ha hablado mucho de los test rápidos de detección de anticuerpos. De hecho, el Gobierno anunciaba que su utilización serviría

para aumentar la capacidad de diagnosticar el COVID-19 de forma precoz. No obstante, la Organización Mundial de la Salud (OMS) avisa: “antes de que se pueda recomendar realizar estas pruebas se tienen que validar en entornos apropiados de investigación”.

Y es que, advierte la organización, las pruebas inadecuadas pueden pasar “por alto” a los pacientes con infección activa o “categorizar falsamente” a personas que no padecen la enfermedad que provoca el SARS-CoV-2, “Debido a que puede haber falsos positivos, falsos resultados positivos debido a reacciones cruzadas positivas frente a otros betacoronavirus del subgénero sarbecovirus como el OC43 o HKU1, coronavirus humanos que producen catarros comunes”, lo que podría confundir en los esfuerzos de contención de la pandemia.

Además, Ortiz de Lejarazu recuerda que estos test de anticuerpos “no detectan ACS protectores” y, aunque se detectase esta presencia, esta “no garantizaría la duración de la protección futura”. Por todo ello, sostiene que el diagnóstico precoz de casos y sus contactos, el aislamiento de los confirmados y la cuarentena de los contactos y, sobre todo, “la responsabilidad individual”, son las únicas recetas válidas para hacer frente al próximo desconfinamiento, que necesariamente se tendrá que hacer para hacer frente a la Covid-19.

**JOSÉ MARÍA MORALEDA** | director del Grupo de Trasplante Hematopoyético y Terapia Celular del IMIB

# “Queremos que los pacientes no necesiten ir a la UCI y reducir la mortalidad”

**ESTHER MARTÍN DEL CAMPO**  
Madrid

El Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB) lidera un ensayo clínico para probar si defibrotide, un medicamento huérfano indicado para tratar el síndrome de obstrucción sinusoidal hepático, una complicación del trasplante de progenitores hematopoyéticos, puede frenar la mortalidad en los casos graves de Covid-19. José María Moraleda, director del Grupo de Trasplante Hematopoyético y Terapia Celular del IMIB, explica a GM los detalles de este ensayo clínico del que esperan resultados en cuatro meses.

**Pregunta. ¿Por qué defibrotide?**

**Respuesta.** Por nuestra experiencia previa. Defibrotide tiene una indicación aprobada que es el síndrome de obstrucción sinusoidal hepático, la enfermedad veno-oclusiva hepática, que es una complicación muy grave del trasplante alógeno de progenitores hematopoyéticos. Esta enfermedad se caracteriza por trombosis de la microvasculatura hepática como consecuencia del daño que producen las dosis altas de quimioterapia y radioterapia que ponemos a estos pacientes. El endotelio se altera, se daña y a partir de ahí se produce un fenómeno de microangiopatía, de trastorno interno de los vasos que determina una trombosis de los pequeños vasos y después alteraciones del epitelio del hígado. La enfermedad avanza hacia un fallo multiorgánico que produce la muerte en un 80 o 90 por ciento de los casos. También trabajamos en colaboración con Enric Carreras, del Clínic de Barcelona, en un modelo animal de inflamación masiva relacionado con el trasplante, en este caso el trasplante aploidéntico, con una complicación que es la enfermedad injerto contra huésped que también tiene similitudes.

**P. ¿Qué tiene en común con Covid-19?**

R. Pensamos en ello dando vueltas a la patogenia, buscando un mecanismo de acción común con el síndrome de distrés respiratorio de los pacientes con Covid-19 y del fallo multiorgánico. Hemos observado que es muy parecido a lo que puede ocurrir en la enfermedad veno-oclusiva.

**P. ¿Qué puede aportar este fármaco?**

Es un medicamento que no va directamente contra el virus, aunque puede disminuir la proliferación viral. Sobre todo protege la célula endotelial, que es el elemento crítico, el director de orquesta de este síndrome de inflamación y trombosis que se produce en el Covid-19 y determina la intubación y la muerte de los pacientes.

**P. ¿En qué consiste este estudio?**

R. De la mano de la Aemps diseñamos un ensayo clínico para demostrar si este



**“El ‘end point’ es ver la mortalidad a día 30. Queremos comprobar si se puede reducir al menos en un 25 por ciento”**

**“Vamos a emplear una posología diferente para evitar que el personal sanitario se exponga más de lo necesario”**

medicamento puede disminuir la mortalidad de estos enfermos. Es un ensayo clínico en fase 2 b, aleatorizado, randomizado, doble ciego y con grupo control.

Pensamos hacer dos grupos de pacientes, de un total de 120. Un grupo de pacientes clínicamente muy afectados, que permanecen graves en el hospital, diagnosticados por PCR, con bronconeumonía vista por radiología, con marcadores de mal pronóstico (interleuquina 6) y necesitan oxigenoterapia. El otro grupo es de pacientes en UCI con ventilación mecánica. En la actualidad ese grupo tiene una mortalidad del 50 por ciento. Por cada dos pacientes que reciban el medicamento, uno tendrá placebo en cada uno de los grupos.

El *end point* es ver la mortalidad a día

30, disminuir la mortalidad en al menos un 25 por ciento. Pero también miraremos muchos otros objetivos secundarios, la seguridad del fármaco, mejoría clínica, mejoría radiológica, de los marcadores... Es un estudio amplísimo y muy cuidadoso. Van a intervenir varios hospitales de diferentes comunidades. Queremos acabarlo rápido, pretendemos hacerlo en cuatro meses, para demostrar que funciona y hacerlo extensivo a los pacientes.

Haremos un análisis preliminar cuando hayamos incluido 30 pacientes, para primar la seguridad, y los indicios de eficacia, y acabar en ese plazo. Es un ensayo rapidísimo que a la Aemps le ha parecido que puede ser de mucha utilidad, con un alto balance beneficio riesgo, y lo mismo al Instituto de Salud Carlos III.

Pensamos que es un estudio de mucha calidad, que responderá a una pregunta clínica clara y concreta. Queremos que los pacientes no necesiten ir a la UCI a intubarse y reducir la mortalidad. Buscamos aportar un beneficio práctico de primera mano que angustiosamente necesitan nuestros pacientes en esta enfermedad.

**P. ¿Los pacientes seguirán manteniendo los tratamientos que ya se están empleando en Covid-19?**

R. Es un asunto muy relevante. Este medicamento es tan extraordinariamente seguro que está aprobado en niños de más de un año. Y además es

compatible con todos los medicamentos que se están empleando en Covid-19, de manera que los pacientes van a recibir el tratamiento incluido en el protocolo que tengan en su hospital, junto a este medicamento o el placebo.

Vamos a emplear, además, una posología diferente a la que está aprobada. Vamos a poner el medicamento en perfusión continua, en lugar de cada seis horas. El objetivo es evitar que el personal sanitario se exponga más de lo necesario, y también pensamos que si queremos proteger el endotelio lo mejor es hacerlo de forma permanente.

**P. ¿Con qué apoyos contáis?**

R. Hay un componente relevante y es que aparte del márchamo de calidad científica con la Aemps, con la que hemos tenido una relación muy directa en el diseño del estudio, el Instituto de Salud Carlos III también financia parte del proyecto, y tenemos también el apoyo de la compañía farmacéutica Jazz Farma, que fabrica el medicamento para esta otra indicación.

El ensayo clínico lleva un componente adicional de investigación para el que necesitamos financiación, un estudio paralelo de investigación básica para conocer los mecanismos por los cuales la enfermedad produce estos efectos.

# Con rayos X



## PERFIL

Resultados preliminares del ISCIII y la AEMET muestran una correlación negativa entre ambos factores

# A menor temperatura, mayor incidencia de Covid-19

**SANDRA PULIDO**  
Madrid

Un estudio preliminar llevado a cabo por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET) indican que el índice de afectación del coronavirus aumenta cuanto menor es la temperatura promedio.

Ambas instituciones han firmado un acuerdo para estudiar conjuntamente qué factores pueden ser considerados de interés al analizar la propagación del virus SARS-CoV-2 y la propagación de la enfermedad Covid-19 en España. Para ello, han comparado el índice de incidencia acumulado en los últimos 14 días (definido como número de contagios nuevos diarios por cada 100.000 habitantes) con la temperatura promedio correspondiente al mismo período por comunidad autónoma.

Los resultados preliminares indican la existencia de una correlación negativa entre ambos. Es decir, a menor

El patrón se repite durante los últimos 14 días que se han analizado

“La llegada de la temporada primaveral en el hemisferio norte podría reducir efectivamente la transmisión de Covid-19”

temperatura, mayor incidencia de la enfermedad. Asimismo, este patrón se repite durante el período analizado, desde el 26 de marzo hasta el 5 de abril. Estos datos reflejan las conclusiones que se han obtenido en estudios internacionales.

### La humedad en el aire

Las investigaciones que se han llevado a cabo recientemente también apunta-

ban a la humedad del aire como un factor que puede incidir en la propagación y transmisión de la enfermedad. De este modo, “las altas temperaturas y la alta humedad reducen significativamente la transmisión y propagación del virus, por lo que la llegada de la temporada primaveral en el hemisferio norte podría reducir efectivamente la transmisión de Covid-19”, explican desde el ISCIII.

Por su parte, el acuerdo también estudiará si otro tipo de factores ambientales, como la contaminación atmosférica y, en especial, las concentraciones de material particulado, pueden agravar la enfermedad.

Esto permitirán investigar con mayor especificidad el impacto de estos factores ambientales en la incidencia y propagación de la enfermedad Covid-19 a través de otras variables en salud, tales como ingresos hospitalarios, ingresos en UCI y mortalidad.

## Carta del Editor

# Se quedan cortas las predicciones de Covid-19



**SANTIAGO DE QUIROGA,**  
Presidente Editor de GM

El pasado 6 de abril el Center for Systems Science and Engineering (CSSE) de la Universidad Johns Hopkins en Estados Unidos contabilizaba un total de 1,3 millones de contagiados en el mundo. El mismo 6 de abril en España, las cifras oficiales se situaban en 13.055 fallecidos por covid-19. Un informe del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) de la Universidad de Washington situaba ese mismo día una predicción de fallecidos presentes y futuros en España de 19.200 personas, dando un margen hasta el 4 de agosto. Para Francia el IHME situaba el número de fallecidos en 17.167, para Reino Unido 12.868 y para Italia a la cabeza. Todas estas previsiones han saltado por los aires.

Investigadores del Imperial College de Londres, en un análisis encabezado por el Patrick Walker estimaba el 26 de marzo pasado que la pandemia de covid-19 “costará 150.000 vidas en Europa”. El autor aclara que “los hallazgos sugieren que todos los países deben escoger entre medidas costosas e intensivas para impedir la transmisión o el riesgo de que los sistemas sanitarios se vean rápidamente desbordados.” Walker proseguía: “nuestros hallazgos destacan que acciones colectivas, firmes y rápidas ahora salvarán millones de vidas durante el próximo año”. El IHME es una institución dotada de 300 analistas que no se equivocan fácilmente. ¿Qué está afectando a las predicciones?

No resulta fácil responder a esta pregunta. Pero sí podemos explicar los contextos en los que se producen las predicciones. El principal es la brutal y desproporcionada cantidad de contagiados que llegaron a los hospitales españoles de manera abrupta. Una fuente incesante que desbordó el sistema sanitario. El mérito de las zonas calientes, como Madrid, es la capacidad de respuesta. A los epidemiólogos les tocará explicar esta elevada proporción de infecciones de España. A partir del viernes 24 de abril el rango de fallecidos del IHME sitúa ahora la banda alta por debajo de 100 por primera vez, con una media probable, ese día, de 41 fallecidos.

@santidequiroga