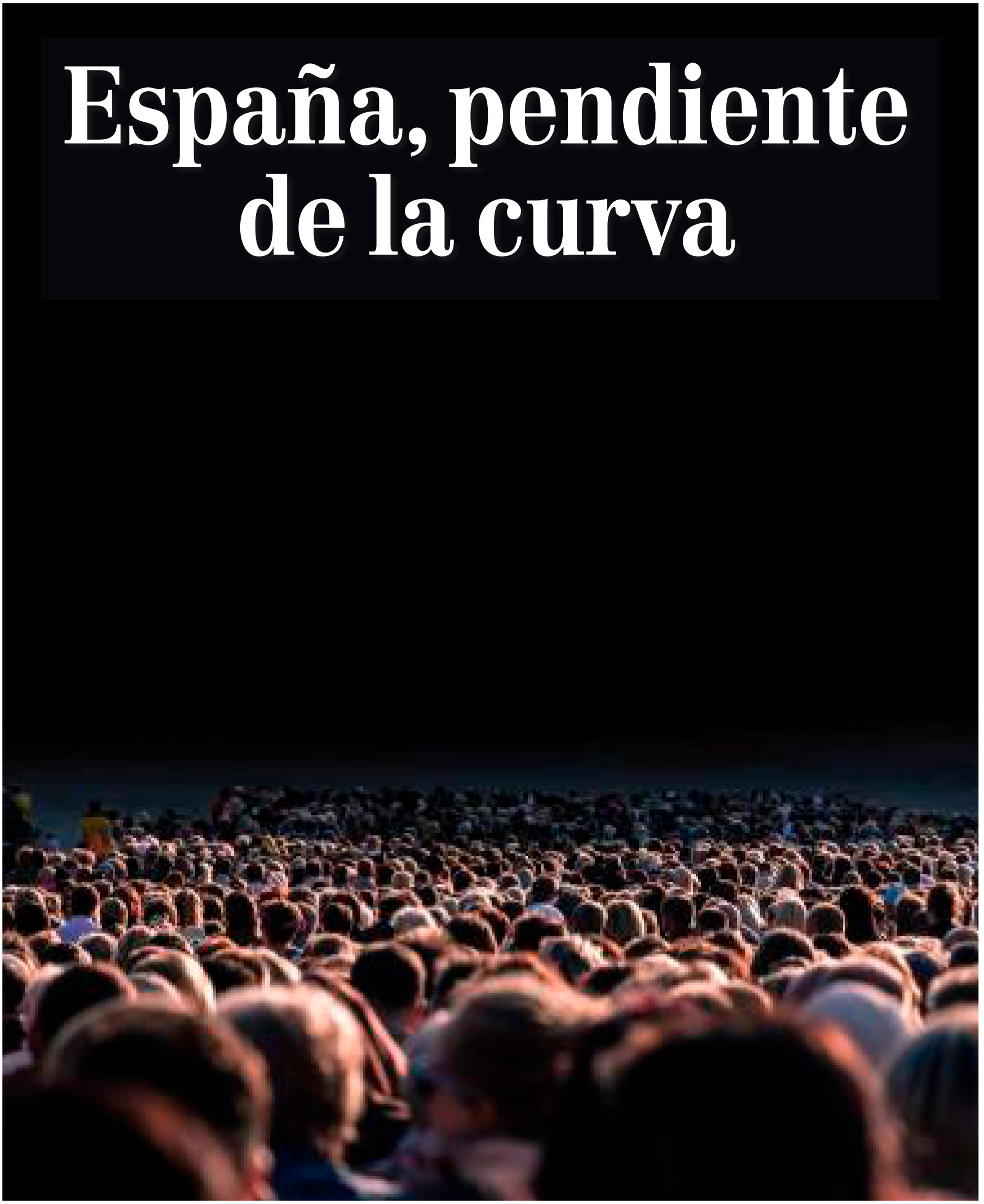
GACETA MÉDICA
30 de marzo al 5 de abril de 2020
Año XVIII - nº 778
20 años wecare-u.

España, pendiente de la curva



Sigue GACETA MÉDICA.com en facebook.com/gacetamedica youtube.com/NetSaludTV @gacetamedicacom

Desde la ventana

#Mirarteotravez, para los mayores ingresados

Las iniciativas solidarias se siguen multiplicando. #Mirarteotravez recoge tablets donadas por particulares para que los mayores ingresados puedan hablar con sus familias. El Hospital La Princesa ya tiene las suyas.

Voluntarios que apoyan la logística en el Clínic

Un centenar de profesionales no asistenciales del Hospital Clínic del Barcelona y del IDIBAPS han ofrecido de voluntarios para tareas de apoyo en la logística necesaria para hacer frente a la crisis del COVID-19.

Los equipos llegan al Sescam

Como el resto de las comunidades, Castilla-La Mancha se esfuerza por hacer llegar a los profesionales sanitarios los equipos de protección. Esta semana han hecho entrega de más de 2,3 millones de artículos.

Guantes y mascarillas en la atención social

El Instituto Cántabro de Servicios Sociales ha distribuido en estos días 13.000 mascarillas, guantes y diversos equipos de protección individual entre los 82 centros de atención a dependientes y con discapacidad.

GACETA MÉDICA
Publicación de: wecare-u. 20 años

wecare-u. healthcare communication group
Redacción:
Esther Martín del Campo (Redactora Jefe), Carmen M. López (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 Controllling)
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

La individualización del tratamiento, la clave en el edema macular diabético

ALFREDO GARCÍA LAYANA,
Especialista en Oftalmología de la Clínica Universidad de Navarra

Actualmente, cerca de 400.000 personas en España sufren edema macular diabético[1,2], una complicación frecuente en pacientes con diabetes[3,4]. De hecho, es la principal causa de pérdida de visión en estos pacientes[i]. Esta enfermedad consiste en el acúmulo de líquido en distintas capas de la retina, concretamente en la mácula que es la encargada de la visión nítida. Entre los factores más importantes que pueden dar lugar a la aparición del edema macular diabético se encuentran: el tiempo de la evolución de la diabetes, los factores vasculares y el control metabólico.

Respecto a los tratamientos existentes para el edema macular diabético es importante destacar que han ido cambiando a lo largo de los años. Anteriormente el principal tratamiento era el láser, sin embargo, actualmente se recurre a la terapia farmacológica intravítrea que consiste en administrar intraocularmente inyecciones de fármacos que controlan ese edema macular diabético.

En este sentido, existen dos grandes grupos de tratamiento: los corticoides y los denominados fármacos anti-VEGF que bloquean el factor de crecimiento del endotelio vascular. Ambos tratamientos son eficaces y la elección de utilizar uno u otro va a depender de las características del paciente y del edema macular diabético.

En los casos en los que el tratamiento farmacológico no es suficiente o la respuesta no es la adecuada se recomienda cambiar de grupo farmacológico según las guías de la Sociedad Española de Retina y Vítreo (SERV). Algunos profesionales consideran que para considerar que una persona no responde adecuadamente a la terapia anti-VEGF deben de realizarse al menos seis inyecciones de este fármaco, pero, cada vez son más los que opinan que, si con tres inyecciones no se obtiene una respuesta satisfactoria, se debe hacer el cambio a un tratamiento con corticoides intravítreos.

Además, algunos estudios sugieren que realizar el cambio precoz tiene también ventajas coste-económicas. La mayoría de los que van a mostrar una respuesta satisfactoria a los fármacos antiVEGF lo hacen con las primeras dosis. Por ello mantener este tratamiento en caso de respuesta insuficiente, supone un incremento de pruebas e inyecciones que con un escaso margen de beneficio clínico.

Por último hay que recordar que, los retos más importantes para mejorar los resultados en las unidades de retina son la prevención y el diagnóstico precoz, ya que si se trata a los pacientes desde el inicio los resultados van a ser siempre mucho mejores. Asimismo, es esencial realizar correctamente los tratamientos, seguir los protocolos de manera adecuada, evitar el infratratamiento de los pacientes y por supuesto ser capaz de indicar en cada paciente y según las características de su patología, el tratamiento más adecuado, ya sean los anti-VEGF, los corticoides, el láser o la cirugía.

REFERENCIAS:

[1] Vila L et al. Retinopatía diabética y ceguera en España. Epidemiología y prevención. Endocrinología y Nutrición. 2008; 55:459-75. - vol.55 núm 10.

[2] Romero P, Almena M, Baget M, Méndez I, Alvat M. Actualización en la epidemiología del Edema Macular Diabético. Anales de Oftalmología. 2005; 13:92-102 Romero-Aroca P. Targeting the Pathophysiology of Diabetic Macular Edema. Diabetes Care 2010; 33(11):2484-2485

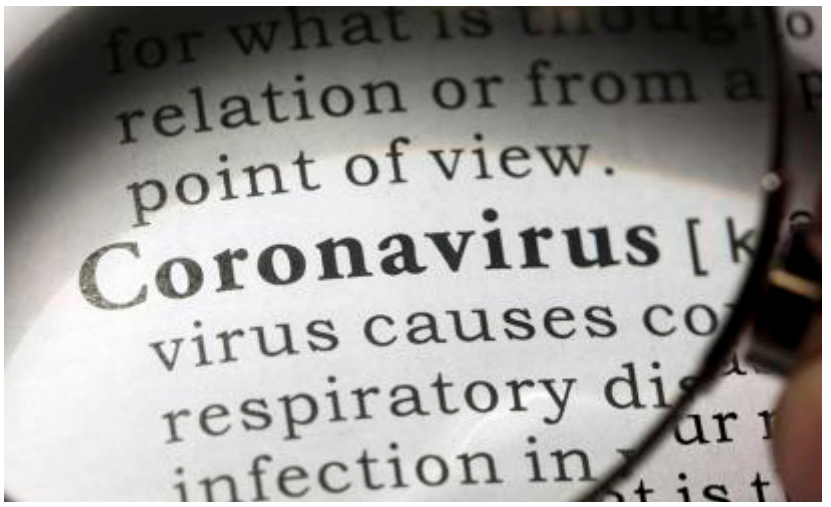
[3] Petrella RJ, et al. Prevalence, Demographics, and Treatment Characteristics of Visual Impairment due to Diabetic Macular Edema in a Representative Canadian Cohort. Journal of Ophthalmology. 2012;2012:159167.

[4] Mohamed Q, et al. Management of diabetic retinopathy: a systematic review. JAMA 2007;298:902–916.

[5] Manejo de las Complicaciones oculares en la diabetes. Retinopatía Diabética y Edema Macular. "Guías de Práctica Clínica de la SERV". Disponible en www.serv.es

[i] Gonzalez VH et al. Am J Ophthalmol. 2016;172:72-79

Los expertos recomiendan cambiar a corticoides en caso de respuesta insuficiente tras tres inyecciones de anti-VEGF



El Editorial

Indicios (OMS 2018); evidencias (2020); y pruebas (Covid-19)

Hace poco más de mes y medio cuando China levantó un hospital en 10 días, el mundo miraba atónito a través de internet.

Lo que nadie se imaginaba es que España iba a superar al gigante asiático con la puesta en marcha de un macro hospital en apenas cuatro días. Pero para llegar a este punto de la historia, quizás debemos ir más atrás y buscar los indicios…

En 2018, la OMS advertía al mundo de una potencial pandemia, de nombre desconocido, que podría amenazar al mundo entero. La 'Enfermedad X'. Los expertos no tenían dudas de que llegaría en forma de gripe y que sería en esta generación. Primer indicio.

Cuando el organismo internacional elevó este supuesto patógeno como amenaza potencial, microbiólogos e infectólogos se pusieron a trabajar en el terreno. Ya en aquel entonces, advertían los expertos a esta publicación que faltaban medios y capacidad de organización. Segundo indicio.

Además, la preparación profesional también estaba limitada, teniendo en cuenta la aparición de una nueva enfermedad desconocida. Tercer indicio. A todo esto se sumaba la falta de planes de contingencia para una pandemia, incluso de gripe, advertían. Pero iban a más: "Esta coordinación requeriría el mismo tipo de esfuerzo que el que se dedica en la preparación para una conflagración militar", explicaba José Ramón Arribas, especialista en Enfermedades Infecciosas en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de La Paz. Cuarto y quinto indicio.

Y ahora es cuando llegan los interrogantes: ¿El mundo no ha sido capaz de preverlo? Se preguntarán muchos. ¿Es la enfermedad X el SARS-CoV-2? ¿Sabíamos que la falta de equipos podría hacer mella en el abordaje de este virus? ¿Por qué si esto se conocía ha cogido al mundo por sorpresa?

En 2018, la OMS incluyó en su lista de patógenos que representan una amenaza a la 'Enfermedad X'

Interrogantes aparte, vamos con las evidencias. Lo cierto es que la capacidad de reacción de algunos países y regiones se ha puesto en valor, en detrimento de otros. Un ejemplo, y por llevarlo al plano local está la Comunidad de Madrid. Probablemente, cuando todo pase se convierta en un ejemplo de que con esfuerzo y unidad el trabajo sale adelante. Solo hay que mirar la puesta en marcha del mayor hospital del país, en tiempo récord. Quizás, más que la anticipación a la pandemia de la que hablaba la OMS, sea esto los mensajes que nos deje el virus. Por sacar el punto de vista positivo.

En cualquier caso, vistos los indicios y las evidencias faltarían por resolver las pruebas. Es decir, el elemento o argumento que se emplea con el fin de demostrar la veracidad o falsedad de un hecho. Todo apunta a que cuando pase 'la guerra', la X a despejar sea esa. La de una enfermedad que llegó al mundo por la puerta de delante, avisando desde hacía tiempo. La duda razonable habrá que demostrarla. Pero esto ya es cuestión de otra investigación.

Política

El ministro de Sanidad, Salvador Illa, volvió esta semana a la Comisión de Sanidad del Congreso y expuso su visión sobre el problema logístico de las compras de material sanitario.

La "guerra de las mascarillas" pone en jaque la unidad frente al Covid-19

La falta de equipos protagoniza los debates de esta semana celebrados en el Congreso de los Diputados

CARLOS B. RODRÍGUEZ
Madrid

Un 14 por ciento de los infectados por coronavirus en España son profesionales sanitarios que en su día día no han tenido acceso a las medidas necesarias para combatir el coronavirus. En su segunda comparecencia ante la Comisión de Sanidad celebrada esta semana, el ministro de Sanidad ha querido salir al paso de las críticas a la mala gestión del Ministerio en el apartado de la compra de material sanitario. Salvador Illa aseguró que no ha habido restricciones desde el Gobierno central y que hasta el 25 de marzo su departamento ha suministrado casi 7 millones de mascarillas a las comunidades.

"Las comunidades autónomas han podido comprar en todo momento los suministros necesarios para el funcionamiento de los servicios sanitarios, como titulares que son de la gestión sanitaria. No ha habido ni hay restricción alguna a la compra de materiales como mascarillas, PCR y demás productos. El papel del Ministerio de Sanidad ha sido el de reforzar las compras de las comunidades autónomas para asegurar el suministro. Por tanto, hay que dejar claro que compra centralizada no significa compra única. Así lo hemos reflejado en todo momento", aseguró el ministro.

Salvador Illa
"El papel del Ministerio de Sanidad ha sido el de reforzar las compras de las comunidades autónomas"

Pablo Casado
"En las guerras los gobiernos no mandan a los soldados al frente sin casco, sin chaleco y sin munición"

Para demostrar que buena parte del trabajo del Ministerio de Sanidad en estos días ha girado en torno al suministro de medios de protección, kits de diagnóstico y otros equipos críticos, como respiradores, a los profesionales sanitarios, Illa explicó en detalle las mascarillas suministradas a las comunidades autónomas entre 10 de marzo y el 25 de marzo.

En total, han sido casi siete millones de mascarillas suministradas en base a procesos de compra y donaciones recibidas. Y de ellas, "casi 2 millones", resaltó el ministro, han sido para Madrid.

Además, el ministro de Sanidad informó de la actualización de contratos cerrados por compras a China por un valor total de 509 millones de euros. Estos contratos permitirán la compra de 585 millones de mascarillas quirúrgicas y no quirúrgicas. Se recibirán en periodo de hasta ocho semanas.

Además, estas adquisiciones incluyen 11 millones de guantes, más de 5,5 millones de test de diagnóstico rápido y de 1.114 equipos de respiración asistida para reforzar la capacidad de las UCI

En sus turnos de respuesta, todos los portavoces han insistido en la necesidad acuciante de material sanitario. Las criticas generalizadas han llevado al ministro a hacerles notar un aspecto no mencionado por ninguno: que el mercado está desbordado.

"Nadie ha dicho que todo el mundo quiere comprar productos en cantidad superior a la que se produce y que el mercado está totalmente loco. No se producen suficientes mascarillas, ni respiradores, ni test, para dar salida a lo que el mercado pide", recordó Illa.

Sanidad vuelve a pedir "altura de miras" para comprender la dificultad que supone trabajar en este contexto, que explica, dice Illa, los retrasos en las adquisiciones. Le ha ocurrido a España, y le ha ocurrido a la Comisión Europea en sus compras conjuntas, que han sufrido un retraso de dos semanas.

Arma arrojadiza

La falta de equipos también protagonizó la segunda tanda de debates de convalidación de los reales decretos-ley aprobados el pasado miércoles. Ni Gobierno y oposición creyeron que sea momento de hacer reproches, pero ambos utilizaron la falta de equipos como arma arrojadiza.

"Usted dijo que estamos en guerra contra el virus, pero en las guerras los gobiernos no mandan a los soldados al frente sin casco, sin chaleco, sin munición… Y en esta guerra nuestros profesionales sanitarios están peleando sin mascarilla, sin equipos de protección y sin respiradores", espetó el líder del PP, Pablo Casado.

El presidente del Gobierno, por su parte, reclamó "tiempo, unidad y lealtad institucional" a la oposición. Aseguró que las dificultades en falta de equipos que atraviesa España las comparten otros países como Francia o EE.UU. Pero, pese a todo, se defendió de los ataques a la gestión de la crisis apuntando a las comunidades autónomas.

La presión asistencial hace cambiar el criterio de caso de Covid-19 en Madrid

Hasta la fecha más de 9.400 profesionales sanitarios se han contagiado, de un total de 64.059 casos

DANIELA GONZÁLEZ
Madrid

La presión asistencial en los hospitales y los laboratorios de análisis de la Comunidad de Madrid ha obligado a plantear no hacer las pruebas a todos los pacientes, aunque cumplan los criterios clínicos y radiológicos del Covid-19. Así lo ha confirmado este viernes, el director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), Fernando Simón, durante la comparecencia de seguimiento del coronavirus.

El responsable destacó que esta situación "no es lo ideal", pero se ha procedido "sobre todo si los pacientes van a quedar hospitalizados y aislados". Desde Sanidad señalan que esta decisión se revisará progresivamente "a medida que las capacidades del sistema nos permita modificarlo", afirmó Simón.

Al cierre de esta edición, el número de contagiados en España alcanza ya los 64.059, con un incremento de 7.811 casos desde ayer. La estadística de este viernes se cierra ya con más de 9.400 profesionales sanitarios afectados.

"Lo ideal sería que todos los pacientes que presentan sintomatologías puedan hacerse la prueba, pero la masificación y la presión asistencial es importante", explicó el portavoz.

Cuando comience a descender el número de casos de una forma estable, este descenso de trasmisión "no va a ir acompañado de un descenso de la presión asistencial", matizó el responsable del CCAES. Dicha carga se mantendrá incluso durante 3 o 4 días tras el descenso de trasmisión.

En este contexto, Simón destacó que "no consiste solo en llegar al pico, hay que iniciar el descenso y que sea estable", para evitar situaciones en las que la curva se vea incrementada.

El director del Centro de Coordinación de alertas y Emergencias Sanitarias, Fernando Simón,

> Simón recuerda que una vez iniciado el descenso, la presión sobre el sistema sanitario se mantendrá

> "En breve vamos a poder tener una cantidad suficiente de test rápidos con la calidad indicada"

Por otra parte, el responsable del CCAES anunció que próximamente llegarán a España nuevos test rápidos para detectar el coronavirus que "sí han demostrado ser de calidad".

Test devueltos

Simón se pronunció así después de que España haya tenido que devolver a China miles de test de diagnóstico rápido por no cumplir con las especificaciones que venían en sus certificados, y que así lo pudo comprobar cuando llegaron a España el Centro Nacional de Microbiología y la Comunidad de Madrid.

"En breve vamos a poder tener una cantidad suficiente de test rápidos, los cuales, con los estudios previos ya realizados, sí parece que tienen la calidad que se manifiesta en sus certificados", ha aclarado.

Europa aplaza 15 días su decisión sobre una respuesta financiera común a la crisis

GM
Madrid

Los ministros de Finanzas de la Eurozona (Eurogrupo) tienen quince días para presentar propuestas que coordinen la actuación fiscal europea como respuesta económica al impacto de la pandemia del coronavirus.

La cumbre de jefes de Estado y de Gobierno de la UE celebrada el pasado jueves se cerró sin ningún avance, haciendo más evidente aún la brecha que separa a los países del Norte y Sur de la zona euro.

Las seis horas de reunión por videoconferencia no fueron suficientes para definir una respuesta única. La falta de ambición económica de las medidas propuestas hizo que España e Italia, los países más golpeados por la crisis hasta la fecha, rechazaran un primer documento.

El tema que más enfrenta a los gobiernos europeos es la posibilidad de poner en marcha un instrumento de deuda mutualizada o eurobonos, como defienden un grupo de países liderado por España, Francia e Italia pero que rechazan de plano otros como Alemania, Países Bajos, Finlandia o Austria.

Silencio sobre los eurobonos

El texto pactado por las capitales ni siquiera nombra la posibilidad de emitir deuda europea. En una rueda de prensa posterior, el presidente del Consejo Europeo, Charles Michel, se ha limitado a afirmar que los líderes han debatido "todas las posibilidades" que hay sobre la mesa y a recordar que es el Eurogrupo el foro para concretar las propuestas.

El documento final hincapié en que "estas propuestas deberían tener en cuenta la naturaleza sin precedentes del golpe que tiene el Covid-19 en todas nuestras economías y nuestra respuesta se intensificará, si es necesario, con más actuaciones de forma inclusiva y a la luz de los acontecimientos para dar una respuesta amplia".

Además, emplaza a los responsables económicos de los gobiernos europeos a buscar "sin dilación" posibilidades para incrementar la aportación del Banco Europeo de Inversiones (BEI), que la propia institución cifra hasta ahora en 40.000 millones de euros.

Camas hospitalarias habilitadas en IFEMA.

Fernando Prados: "Ahora mismo no encontramos respiradores"

¿Cómo funcionará el Hospital más grande de España? Su responsable lo adelanta a esta publicación

CARMEN M. LÓPEZ
Madrid

Hace unas semanas, cuando China construyó un hospital en 10 días, el mundo miraba asombrado sin apenas sospechar la pandemia mundial que se avecinaba. Más de mes y medio después, la Comunidad de Madrid ha superado todas las expectativas, con el mayor hospital en España, instalado en Ifema. El responsable que está liderando esta nueva red hospitalaria es Fernando Prados, exviceconsejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

La filosofía de la consejería de Sanidad "es evitar que se produzca un elevado número de pacientes y que los hospitales no sean capaces de atenderlos". Prados recuerda que el hecho de que sea una enfermedad infecciosa hace que "cuanto más localizados estemos y logremos que estén los pacientes menos se diseminará la enfermedad".

La radiografía actual es que en Madrid los hospitales están saturados de pacientes con el virus. "Hay que intentar utilizar el hospital solamente para aquellos casos que lo van a requerir, que, por otra parte, son muchísimos".

El desarrollo de este 'macro hospital' no ha sido tarea fácil. Contará con un número de camas que se generarán "según veamos cómo evoluciona la capacidad de los hospitales para liberar

"Sabemos que el número de pacientes no solo es elevado sino que lo va a ser más"

a esos pacientes que puedan recibir todos los cuidados que se le da en un hospital", adelanta. Prados explica que en apenas cuatro días han sido capaces de poner en marcha 1.500 camas para poder atender a estos pacientes. Pero a pesar de este esfuerzo titánico, los problemas y la falta de material es una cuestión que está presente en este recinto hospitalario. "Es un problema para conseguir material", lamenta. Ifema ha puesto a disposición de estos profesionales la logística necesaria para llevarlo a cabo. "Estamos simplemente a expensas de unas piezas específicas para la instalación del oxígeno medicinal en todas las camas".

El problema no es diferente al que ocurre en otros hospitales del país. "Las camas de UCI necesitan un aparataje muy especial. No encontramos respiradores". No obstante, y a la espera (y con la esperanza) de que estos materiales lleguen en las próximas 24-48 horas, Prados aseguran que podrán empezar a trabajar en estas unidades.

Para el urgenciólogo, el problema es que se ha multiplicado la demanda de material. "Las empresas tienen la capacidad que tienen. Nos han parado los materiales, no nos han parado ni las empresas, ni el personal…", asegura. La consejería de Sanidad está en contacto con otras comunidades autónomas, así como con el ministerio de Sanidad. "Esto requiere de la colaboración de todos". Además, Prados está convencido de que cuando se consiga bajar la presión en la sanidad madrileña, esta estructura se podría poner a disposición de otras autonomías que lo precisen.

A pesar de estas dificultades, el que fuera viceconsejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, pone en valor el trabajo que están haciendo desde hace varias semanas, los intensivistas y anestesistas que trabajan en las UCIS. "Es un trabajo colosal", apunta. Desde los turnos dobles, pasando por la duplicación del número de camas, hasta los seguimientos exhaustivos que hacen a estos pacientes. "Hay que plantearse que el esfuerzo que estamos realizando vamos a continuar durante un tiempo".

¿Cómo cursa la enfermedad?

Una de las cuestiones que destaca Prados —de ahí la urgencia de contar con el material preciso— es que hay un número de pacientes que en el transcurso de la evolución se agrava la patología y requieren de soporte respiratorio. Se trata del octavo día desde que aparecen los síntomas, donde entre el 15 y el 20 por ciento de estos pacientes sufre una aparatosa inflamación de sus pulmones y el estado de salud empeora, hasta precisar cuidados intensivos. "Las guías son muy claras y no tenemos instrumentos. Ahora mismo no tenemos respiradores para poder ofrecer un aumento de camas, en cuanto lo tengamos lo vamos a hacer y vamos a actuar en este hospital de Ifema con absoluta normalidad".

Como asegura el responsable del Hospital de Ifema, Sanidad es quién gestiona las derivaciones de los pacientes. Hay que tener en cuenta que las camas actuales de la Comunidad de Madrid, tanto de hospitalización como de UCI, forman parte de toda la red hospitalaria de la Sanidad, tanto pública como privada.

Del mismo modo, el perfil de los mismos es muy determinado. "Estamos intentando acoger pacientes que no tengan mucho requerimiento. Es cierto que es una patología que evoluciona muy rápido, y estamos preparados para ello".

Solidaridad con Madrid: empieza a llegar material de otras CC.AA

Reordenar los recursos, clave para mitigar la tensión en la asistencia

MARIO RUIZ
Madrid

"Hemos detectado tensión en algunas partes del SNS, especialmente en la Comunidad de Madrid". Así reseñaba el ministro Salvador Illa la situación límite que en estos días se vive en la región central del país en materia de asistencia sanitaria. "Es el momento de la solidaridad con Madrid. Hay que velar por la equidad y cohesión del sistema y la mayor tensión", ha apostillado.

Por ello, el Gobierno ha concretado el despliegue de recursos necesarios desde otras partse del territorio nacional; la activación y redoblamiento de esfuerzos en la compra de materiales y productos más necesarios, con especial mención a los de reproducción asistida; y la activación y seguimiento continuado de la fabricación nacional para elaborar estos productos (EPIs, test PCR y rápidos, y respiradores).

La presidenta de la Comunidad de Madrid, Isabel Díaz Ayuso, en una imagen de archivo.

Situación en el foco

La presidenta de la Comunidad de Madrid, Isabel Díaz Ayuso, ha admitido que es difícil adquirir material sanitario fuera de España aunque trabaja en ello "sin descanso y a contrarreloj" y se compromete a cederlo a otras autonomías cuando la capital supere la ola de contagios de coronavirus que sufre.

Entre los esfuerzos solidarios que ya se están dedicando a esta labor de apoyo a la zona 'cero' del Covid-19 en España, se sitúan los que ya está dedicando el Gobierno andaluz. Desde la autonomía se ha ofrecido ya así respiradores para la atención de los numerosos pacientes contagiados por coronavirus que existen en esa región. En este sentido, se ha notificado que desde hace tiempo, están localizados 1.571 respiradores, ubicados en Antequera para distribuirlos cuando haga falta a cualquier provincia.

La ayuda también llega desde Galicia, donde Feijóo ha tendido ya la mano al Ejecutivo madrileño. En este sentido, la presidenta madrileña ha insistido en dar las gracias por prestar 11 aparatos de UCI para los enfermos. "Gracias a los gallegos por este gesto de solidaridad. Esto es hacer país", ha reflejado a través de la red social Twitter.

"Todos nos apoyamos en todos", ha contestado el presidene de la Xunta. "Mucho ánimo porque esto acabará y celebraremos las vidas salvadas como hoy lloramos las pérdidas. Lo merecemos todos los españoles", ha subrayado.

Teresa Cruz Oval.

Canarias cesa a Teresa Cruz como consejera de Sanidad

MARIO RUIZ
Madrid

En medio de la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus, Canarias ha cesado a la que hasta ahora era consejera de Sanidad, Teresa Cruz Oval. Así lo ha dispuesto el presidente del territorio insular, Ángel Víctor Torres, como parte del decreto 32/2020. En el BOC, el máximo responsable canario agradece los servicios prestados a la ex titular de la consejería. En su lugar ha sido nombrado Julio Pérez, portavoz del Gobierno de Canarias y consejero de Administraciones Públicas, Justicia y Seguridad. De esta manera, el boletín dispone que suplirá a Cruz "durante el tiempo que el cargo de consejero o consejera de Sanidad esté vacante", explica.

Pérez estudió Derecho y Periodismo en la Universidad de La Laguna y fue presidente de la Junta de Obras del Puerto de Santa Cruz de Tenerife. Además, ejerció como Gobernador Civil en la capital y ostentó el cargo de consejero de Sanidad entre 1991 y 1993.

Castilla-La Mancha ya puede contratar jubilados y recién graduados frente al virus

MARIO RUIZ
Madrid

La Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha ha autorizado la contratación de personas con un Grado o Licenciatura en Medicina sin título de especialista. Esta determinación, la cual ya es efectiva, se toma con el fin de hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus. La duración de estos contratos sería de tres meses prorrogables por períodos de un mes.

La instrucción atañe también a médicos y enfermeros jubilados después del 15 de marzo de 2018 y menores de 70 años. Estos podrán volver a su actividad en el desempeño que realizaban. Estos nombramientos eventuales serán destinados preferentemente a la atención telefónica y al ámbito de la atención primaria, y se activarán previa solicitud de la Gerencia a la Dirección General de Recursos Humanos.

Asimismo, los profesionales con labores sindicales podrán solicitar con carácter voluntario la reincorporación a labores asistenciales de manera total o parcial. Por su parte, el personal estatutario podrá ser adscrito mediante resolución de la persona titular de la respectiva Dirección Gerencia a funciones distintas a las correspondientes a su nombramiento, así como a unidades o servicios diferentes.

Estudiantes de último curso

Para la contratación de estudiantes de los grados de Medicina y Enfermería en su último año de formación se suscribirá un contrato laboral de duración determinada, de auxilio sanitario. Estos contratos se activarán previa solicitud de la Gerencia a la Dirección General de Recursos Humanos, quien remitirá a aquella una relación de personas que cumplan los requisitos del presente apartado para su contacto y posterior contratación.

Estos deberán detallar el desarrollo en calidad de apoyo y bajo supervisión.

Además, la Consejería de Sanidad ha puesto a disposición de los profesionales alojamiento y manutención en dependencias habilitadas. De ellas podrán hacer uso los profesionales desplazados de otras comunidades o aquellos que conviven con personas de alto riesgo frente al Covid-19. También se incluyen a aquellos que por turnos de trabajo o distancia entre su domicilio y el centro hospitalario así lo requieran.

Las plantillas de profesionales sanitarios empiezan a reforzarse con personal de las citadas características.

El Covid-19 da un 'respiro' a la gripe común en la Comunidad de Madrid

Según el último informe de la Red de Vigilancia Epidemiológica la gripe común ha descendendido

CARMEN M. LÓPEZ
Madrid.

La Comunidad de Madrid sigue haciendo balance de la temporada de gripe común. Según el último Informe epidemiológico que elabora la Red de Vigilancia Epidemiológica de la comunidad, en la semana 12 (la correspondiente al 22 de marzo) se han notificado 265 casos de gripe, 1.449 casos menos que la semana anterior.

Así, el número de casos de gripe acumulados de la temporada 2019/2020 asciende a 92.201 casos confirmados. De todos ellos, en el 97,6 por ciento de los pacientes la manifestación clínica de esta enfermedad ha sido de manera súbita. Así, el 96 por ciento presentó fiebre, malestar general (92,8 por ciento); tos, en el 86,9 por ciento y dolor de garganta en el 78,4 por ciento. Otras manifestaciones clínicas han sido cefaleas, mialgias, o disnea.

¿Está aplacando el Covid-19 la gripe? Como confirma Ángel Gil de Miguel, catedrático de Medicina Preventiva de la Universidad Rey Juan Carlos, la gripe ha caído un poco antes de lo previsto. "Llevamos desde la semana 8, más o menos, que la tendencia es muy a la baja y ha dado un respiro para ese solapamiento con el coronavirus". De alguna forma, el experto avanza que podría haber sido todavía peor. En Madrid todavía quedan cuatro o cinco semanas de evolución de gripe, concretamente hasta el 21 de abril. En lo que va de año, como asegura Gil de Miguel, el pico ha subido a 300 por 100.000 habitantes.

"La cuarentena también ayuda a cualquier enfermedad infecciosa que se transmite por vía respiratoria. Estas medidas de contención, por lo tanto, han contribuido". Las cifras son claras. En la semana 11 eran 1.714 casos y se ha pasado a 265 casos, durante la semana pasada. "Esto indica una diferencia muy importante". Claramente, en su opinión, pone de manifiesto que estas medidas de contención han favorecido a que la gripe caiga mucho más en picado.

Actualmente, la Comunidad de Madrid se encuentra en 28 por 100.000 habitantes. De esta manera, cuando el pico baja hasta 38 casos por 100.000 se dice que está acabando la epidemia.

En grupos de edad, las estadísticas señalan a los niños y jóvenes. Algo habitual en la temporada de gripe. Esto es trasladable al coronavirus, como asegura Gil de Miguel. "Posiblemente haya muchos niños y jóvenes que lo han pasado, pero han sido asintomáticos", destaca.

Del mismo modo, los casos graves se han dado en personas más mayores. "En casos graves el 50 por ciento son personas de más de 64 años".

Con todo, para este experto las vacunas cuadrivalentes también han contribuido a remitir esta enfermedad. "Casi un 20 por ciento ha sido por el virus B. Por tanto, contar con dos serotipos del virus B de alguna manera está contribuyendo a prevenir esta enfermedad".

La epidemia de gripe está remitiendo por debajo de los umbrales.

El neumólogo humanista Julio Ancochea dirige la cátedra Respira Vida, de GSK, y es el jefe del Servicio de Neumología del Hospital La Princesa.

La Cátedra Respira Vida equipa a los médicos para combatir la infección por Covid-19

E.M.C.
Madrid

Un desafío sin precedentes como el que está planteando el Covid-19 hace indispensable una respuesta sanitaria, pero también solidaria, a la altura del enemigo invisible. Julio Ancochea, jefe del Servicio de Neumología del Hospital La Princesa y director de la Cátedra Respira Vida, de GSK, lidera en este centro, junto a su equipo del hospital, esta lucha sin cuartel.

Este médico, cuyo espíritu poético le llevó a dedicarse a la neumología, ha sido el artífice de la donación por parte de esta cátedra universitaria de una gran cantidad de material para combatir la infección: 3.000 batas, 1.500 monos, 49.500 guantes, 3.200 protectores respiratorios y 1.120 pijamas.

Julio Ancochea consigue a través de esta cátedra la donación de 3.000 batas, 1.500 monos, 49.500 guantes, 3.200 protectores respiratorios y 1.120 pijamas

Compromiso y solidaridad

Con este gesto, la Cátedra Respira Vida, hace gala de valores como el compromiso y la solidaridad, inherentes a su propia creación. La Cátedra, apoyada por GSK, tiene por objetivo el fomento de la docencia, la investigación y la difusión de conocimientos en neumología, integrando la medicina respiratoria basada en la evidencia y la medicina centrada en el paciente.

En situaciones excepcionales como ésta, demuestra ser un vehículo también de solidaridad con los profesionales sanitarios y, por extensión, con los pacientes afectados por el Covid-19. Una vez más, la unión hace la fuerza.

La Oficina del Dato del coronavirus recopilará información de todas las CC.AA.

Se podrá acceder a información actualizada sobre las necesidades de todos los hospitales de España

E.M.C.
Madrid

La vicepresidenta de Asuntos Económicos y Transformación Digital, Nadia Calviño, ha repasado esta semana la respuesta a la crisis del Covid-19 desde el ámbito digital. Calviño confía en que estas medidas estén operativas en los próximos días.

Una de ellas es la puesta en marcha de la oficina del dato frente al coronavirus, para gestionar en un solo punto un cuadro de mando integral con todos los datos que se van recopilando en las comunidades autónomas para entender bien la situación en la que nos encontramos.

"Es una iniciativa que ya funciona en otros países. El objetivo es disponer de información actualizada sobre las necesidades de los distintos hospitales para identificar puntos de vulnerabilidad y responder de la manera más eficaz posible", explicó.

El ministro de Sanidad, Salvador Illa, y la ministra de Asuntos Económicos y Transformación Digital, Nadia Calviño. **Pool Moncloa/JM Cuadrado**

Recursos digitales en la web

Además, anunció la puesta en marcha una web unificada donde encontrar todos los recursos digitales oficiales y de calidad sobre el Covid-19. Será el lugar en el que encontrar la información verificada por el Ministerio de Sanidad para evitar la confusión y la desprotección de los datos personales que se está dando por un conjunto de webs de origen desconocido, según detalló.

Otra actuación en este sentido será la creación de un asistente conversacional para atender a las necesidades de las personas mayores, capaces de comunicarse de forma oral pero con limitaciones en el mundo virtual. El proyecto piloto se está desarrollando en La Rioja, con la idea de escalarlo y con un gran interés por parte de Latinoamérica, explicó la vicepresidenta.

Por otra parte, hizo referencia a la app de autodiagnóstico puesta en marcha en la Comunidad de Madrid para descongestionar los teléfonos de atención, un proyecto piloto que se extenderá a nivel nacional. La aplicación incorpora un cuestionario similar al que formulan los teleoperadores para descongestionar esta tarea en atención no urgente y atender las inquietudes de los ciudadanos.

Para finalizar, también habló de una iniciativa para el estudio de la movilidad aplicada a la crisis del coronavirus. Para garantizar el cumplimiento de las medidas sobre movilidad, el gobierno tratará de adaptar instrumentos de inteligencia artificial con el objetivo de prevenir aglomeraciones, etc. En este caso, la prueba piloto se está llevando a cabo en la Comunidad Valenciana.

Cincuenta hospitales comparten ya su experiencia en el Registro CoVid-19

ESTHER MARTÍN DEL CAMPO
Madrid

En plena pandemia por Covid-19, una nueva herramienta basada en la inteligencia artificial, avalada por la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (Sedar), recoge datos de medio centenar de hospitales españoles con el objetivo de orientar a los clínicos en su proceso de toma de decisiones.

En un contexto como el actual, determinar qué pacientes con síntomas pueden ser atendidos en casa o necesitan ingreso, saber en qué casos necesitarán ventilación mecánica o predecir cómo puede evolucionar cada caso en función de los factores pronósticos son cuestiones clave.

A partir de esta necesidad, un grupo de clínicos, integrado principalmente por especialistas en anestesiología, ha diseñado y puesto en marcha este registro. Para ello, han contado con el apoyo de matemáticos, ingenieros de sistemas y biomédicos. Esta herramienta, gratuita y altruista, se pone ahora a disposición de las autoridades sanitarias.

La herramienta se basa en tenología de IA.

Ausencia de datos

Una de las múltiples barreras en esta lucha es la falta de datos sobre el perfil de los pacientes y el volumen creciente de casos a nivel hospitalario. En esta situación, César Aldecoa, vicepresidente segundo de Sedar, considera que una de las claves puede estar en compartir la información científica entre los centros y emplear algoritmos que permitan tomar decisiones en tiempo real basadas en datos clínicos.

Aldecoa espera que muy pronto buena parte de los centros de nuestro país incorporen los datos de sus pacientes en este registro. "Si cada hospital aportase datos de unos 20 pacientes a la semana, multiplicado por todos los hospitales que puedan participar, nos daría un volumen total de pacientes y parámetros clínicos a evaluar por parte del sistema de inteligencia artificial diseñado que arrojaría importantes evidencias para orientar mejor nuestras acciones clínicas", sentencia.

La herramienta, que cuenta con el apoyo técnico de Ubikare, está diseñada para ser utilizada tanto en hospitalización como en unidades de cuidados críticos. Los mismos datos se recogen por todos los colaboradores de manera automática y homogénea y se comparten abiertamente y en tiempo real. Este recurso, que está abierto a todos los profesionales sanitarios que trabajan en la atención hospitalaria de estos pacientes, y también se están desarrollando nuevas herramientas para facilitar el seguimiento domiciliario de los pacientes.

La colaboración transversal permitirá trazar un mapa del manejo clínico de estos pacientes e incorporar predicciones basadas en un modelo matemático que pude resolver interrogantes que se plantean en el día a día.

Profesión

JERÓNIMO SAIZ | Patrono de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

"El ser humano tiene grandes mecanismos de defensa"

NIEVES SEBASTIÁN
Madrid

Para Jerónimo Saiz, patrono de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, mantener un espíritu positivo es fundamental durante el período de cuarentena decretado por el coronavirus. El experto es consciente de la preocupación que esta situación provoca a diferentes niveles como el de la salud o el económico. Pero, a pesar de ello, anima a pensar en las altas capacidades que tiene el ser humano a nivel de resistencia propia desde el punto de vista psicológico y social. Por ello, insta a confiar en que vamos a superar esta situación para sobrellevar mejor el tiempo de confinamiento.

Pregunta. ¿Qué carga mental tienen este tipo de cuarentenas?

Respuesta. La cuestión es que no es igual para todo el mundo. Hay unos problemas que derivan de la situación en sí misma y afectan a todas las personas. Pero también hay algo más particular que es cómo afecta a aquellas personas que tienen un factor predisponente o agravante, que son las que tienen problemas previos de salud mental.

Luego están las personas a las que estos problemas les afectan de una manera más directa, como el personal sanitario, de seguridad o abastecimiento y las personas cercanas a las víctimas ya sea fallecidos o personas que estén en tratamiento, personas infectadas. En cada caso las circunstancias son diferentes.

P. ¿Qué problemas puede generar este confinamiento en personas sin afecciones de salud mental diagnosticadas?

R. Las personas sin patologías previas sometidas a este estrés, a esta incertidumbre, a esta frustración, a este cambio de hábitos… pueden desarrollar una serie de síntomas. Estos pueden ser ansiedad, ira, aburrimiento, irritación o no tolerar la situación. Esto tampoco es que sea tan frecuente, hay unos factores que pueden agravar o favorecer que la repercusión sea mayor. Por ejemplo, la soledad. No es lo mismo estar aislado solo que con otras personas, como la familia. También influyen otras circunstancias. No es lo mismo estar encerrado en un chalet con piscina y terraza que en un piso de 40 metros cuadrados. Además, también difiere en función de la situación económica, no es lo mismo estar en paro o que te falten recursos, lo que aumenta la inseguridad y también te hace más vulnerable.

"Las personas sin patologías previas sometidas a este estrés pueden desarrollar una serie de síntomas"

"En alguna medida seguro que podremos sacar de la crisis, una vez que esté superada, consecuencias positivas"

La duración es uno de los factores que puede ser más importante. Por ejemplo, las antiguas cuarentenas que se hacían antes con las epidemias durante la edad media se establecían en 40 días, 15 o los que fueran. Pero aquí estamos con amenaza de que se pueda prolongar, no tener un límite al no tener una situación bien conocida. Son factores que pueden conducir al estrés, a la desmoralización, y a unas conductas un poco descontroladas. Un ejemplo es la acumulación en los supermercados sin haber problemas de suministro. Otro problema es que hay personas que se pueden ver en situación de riesgo, valorar un riesgo desproporcionado o hacerse realmente mucho más refractarios, negándose a aceptar la situación. También se puede magnificar el estigma de pensar que alguien te puede contagiar, y protegerse de más.

P. ¿Puede quedar algún tipo de secuela a nivel mental cuando acabe este confinamiento?

R. No lo sabemos. Esto es nuevo, todo es inédito, no ha habido una crisis de este calibre desde hace muchos años. Se habla de que la gripe española hace 100 años, que fue algo parecido pero la sociedad era muy diferente a la nuestra.

El problema de ahora es que creíamos que teníamos todo resuelto y todo seguro y de repente todo esto se ha venido abajo, por lo que es fácil que todo eso luego sea distinto. Pero no solo a peor, sino también a mejor. En alguna medida podemos sacar de la crisis, una vez se supera, consecuencias positivas. Podemos también tener experiencias en torno a cómo ha respondido el resto de la gente y uno mismo, y sustentar un poco nuestra confianza y nuestra seguridad en que hemos podido superar una situación extrema. Pero evidentemente va a haber un antes y un después.

P. ¿Hay algún tipo de rutina o actividad que se pueda realizar para "reducir el sufrimiento"?

R. Hay que ser positivo, es necesario transmitir ese mensaje. Se dice que no sabemos hasta donde podemos soportar y la verdad es que sobre esa confianza, esa resiliencia y psicología positiva tenemos experiencias parciales. Nosotros, a nivel de nuestra experiencia personal hemos vivido la terrible situación de los atentados del 11M, que fue algo mucho más parcial. O en Estados Unidos, los atentados de las torres gemelas que parecía que iban a dejar unas secuelas imborrables. Pero al final, esto se ha limitado más a las víctimas, a su entorno y hemos podido recuperar toda nuestra capacidad.

La verdad que el ser humano tiene grandes mecanismos de defensa, grandes capacidades y creo que eso es lo que hay que fomentar, la capacidad de ayudarnos unos a otros. Por eso se mantienen también las personas que están en primera línea como los sanitarios o todo aquel que esté implicado en esto sabiendo que ayuda a la comunidad. Así que seguro que sobre esto se puede construir algo bueno, y lo podremos recordar como algo que superamos.

Los recursos limitados para atender a una avalancha de pacientes afectados por el Covid-19 dejan en manos de los profesionales la selección de los pacientes que podrán acceder a las Unidades de Cuidados Intensivos.

Las posibilidades de supervivencia, el criterio ético básico ante el Covid-19

La Comisión de Deontología del Cgcom publica un informe sobre la priorización de los enfermos

E.M.C.
Madrid

La pandemia del Covid-19 ha generado una situación sin precedentes a nivel mundial. En nuestro país, el aumento exponencial de los enfermos obliga ya a los médicos desde hace días a seleccionar a los pacientes que recibirán atención en las UCIS hospitalarias.

En este contexto especialmente complejo, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos ha publicado un Informe de la Comisión Central de Deontología sobre la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria.

Insisten que desde la perspectiva deontológica, la priorización para el ingreso y atención a pacientes graves y críticos en situaciones en las que, como esta, los recursos son más que limitados ha de tener como criterio fundamental las probabilidades de supervivencia de cada paciente.

De igual modo, subrayan que no pueden ser criterios de priorización ni el orden de petición de asistencia, ni el de llegada a los servicios de urgencias hospitalarias, ni solo la edad de los pacientes.

> Remarcan que no pueden ser criterios de priorización ni el orden de petición de asistencia, ni solo la edad

> La situación actual exige transparencia, proporcionalidad y responsabilidad

Asimismo, hacen hincapié en que se debe extremar la prudencia si existe una dificultad de aplicación uniforme cuando son las situaciones y recursos de los diferentes dispositivos asistenciales los que son diferentes.

El ingreso hospitalario

Además, insisten en que no en todas las situaciones clínicas o muy avanzadas y con carácter irreversible se debe proceder al ingreso hospitalario.

En la misma línea, el documento considera que establecer expectativas de vida a corto plazo es aceptable incluso para no caer en la obstinación terapéutica. Del mismo modo que añade que establecer límites a medio plazo, como el criterio cronológico, constituye una decisión muy arriesgada que se debe realizar con carácter excepcional y utilizando los instrumentos valorativos al uso y en ningún caso la exclusiva impresión clínica.

Decisiones individuales y personales

Por otra parte, el informe puntualiza que las tomas de decisiones de tanta relevancia deben ser individuales y personales, porque, aunque los procesos puedan coincidir, cada paciente puede ser distinto. “El conocimiento científico es imprescindible pero no basta para ayudar a los pacientes a curarse o a convivir con sus enfermedades lo mejor posible”, recuerdan.

Por último, remarcan que el médico no abandonará a ningún paciente que necesite sus cuidados, “ni siquiera en situaciones de catástrofe o epidemia, salvo que fuese obligado a hacerlo por la autoridad competente o exista un riesgo vital inminente e inevitable para su persona”.

La solidaridad también aporta eficacia

Para finalizar, el informe recuerda que la situación actual exige solidaridad a la hora de compartir recursos tecnológicos y humanos, que aporta también eficacia y eficiencia.

También pide prudencia en la información que se ofrece a la población para evitar la alarma social. Esta información, según su visión, debe ser lo más uniforme posible y estar centralizada para evitar la alarma social sin dejar de ser completa, veraz y accesible al entendimiento de los ciudadanos. Una labor que corresponde a las autoridades sanitarias en este contexto, según señalan.

Desde el punto de vista ético la situación actual también necesita transparencia, proporcionalidad y responsabilidad. “Se ha de atender del mejor modo a cada uno, según sus circunstancias y fomentar la confianza pública”, cita textualmente.

El informe concluye diciendo que la limitación y la adecuación del esfuerzo terapéutico van a ser necesarias para atender bien y de forma proporcional, en una situación de desastre o catástrofe sanitaria. “De ahí la responsabilidad de todos ante la toma de decisiones, que ha de incorporar la evidencia posible, incluida la revisión de decisiones a medida que surgen nuevos datos”, finaliza.

Semfyc presenta un primer documento de criterios de valoración clínica en AP

El trabajo está orientado a triaje, derivación hospitalaria o domiciliaria y seguimiento telefónico

GM
Madrid

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria presenta un primer documento de criterios clínicos de abordaje de enfermos de Covid-19 en atencion primaria y puntos de Atención Continuada.

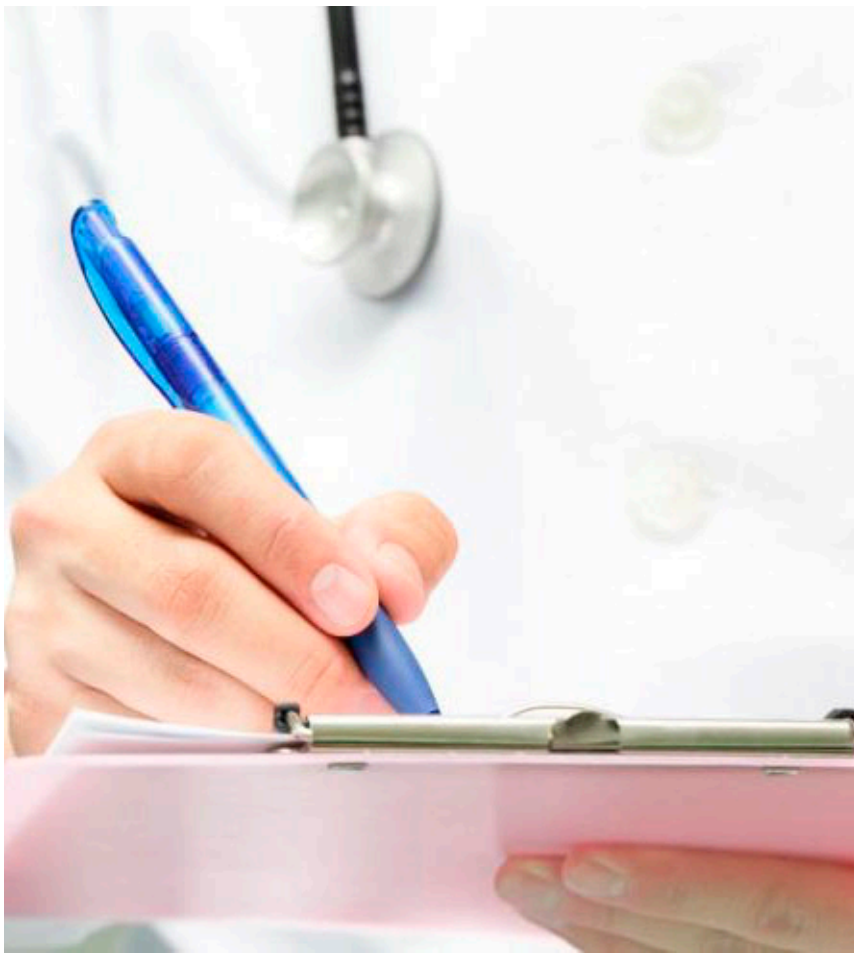
Este documento recoge escenarios prácticos posibles y supone un "elemento complementario a los Documentos Técnicos desarrollados por los equipos Ministeriales que comprenden requisitos, medidas y recomendaciones" señala el presidente de Semfyc, Salvador Tranche.

El documento es fruto de la participación de varios de los Grupos de Trabajo, que constituyen el núcleo científico de la sociedad, entre los que se hallan el de Enfermedades Infecciosas, Enfermedades Respiratorias, Urgencias o Medicina Rural.

Tres escenarios posibles

El documento analiza tres escenarios posibles para señalar qué criterios de valoración clínica por médico de familia tras el triaje del paciente que acude al centro de salud se deben seguir, así como los criterios de derivación hospitalaria del paciente valorado clínicamente en centro de salud o domicilio, o los de valoración clínica durante el seguimiento telefónico de atención domiciliaria.

Uno de los elementos significativos que se incluyen en el documento es un cuestionario profesional que, además de ser un elemento aplicable en consultas de Medicina Familiar y Comunitaria, se ha diseñado para que se pueda aplicar en consultas de enfermería y como criterio para solicitar la atención telefónica o presencial en los centros sociosanitarios.



Este primer documento establece las pautas para la atención y derivación de pacientes con coronavirus.

Contagio comunitario y AP

"Los escenarios con un gran volumen de contagio comunitario entrañan que existe un determinado número de contagios cuya principal puerta de entrada son los centros de Atención Primaria (centros de salud, consultorios rurales y puntos de atención continuada)" y por ello, según señala el portavoz del Grupo de Trabajo en Infecciosas, José María Molero, "es necesario contar con criterios homogéneos y claros que, hasta ahora no se han desarrollado".

Se estima que más del 80 por ciento de los pacientes con COVID-19 desarrollan una enfermedad leve o sin complicaciones, aproximadamente el 14 por ciento desarrolla una enfermedad grave que requieren hospitalización y el 5 por ciento requiere admisión en una unidad de cuidados intensivos.

En los casos graves, puede complicarse con el síndrome de distress respiratorio aguda (SDRA), sepsis y shock séptico, insuficiencia renal y afectación cardíaca.

La edad avanzada y la comorbilidad (especialmente enfermedad cardiovascular, diabetes y EPOC) constituyen factores de riesgo de gravedad y muerte. De hecho, "el objetivo del documento es dotar de herramientas a las y los médicos de familia para que cuenten con instrumentos y una guía rápida sobre cómo proceder".

Críticas a una reorganización por el Covid-19 que no valora las fortalezas de la AP

GM
Madrid

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc) es consciente de que la evolución de la pandemia SARS-CoV-2 obliga a gestores y a profesionales a tomar decisiones de forma inmediata para lograr mitigar el crecimiento de la infección y permitir la adaptación de los servicios sanitarios y así evitar su colapso.

Sin embargo, la Junta Permanente de la Semfyc tras el análisis de los últimos protocolos de reorganización, ha emitido un comunicado en el que subraya que la respuesta organizativa que se ha realizado desde las diferentes administraciones sanitarias y los servicios de salud pública no ha tenido, lamentablemente, en cuenta la fortaleza de la atención primaria en nuestro país.

En el documento, subraya que se ha pasado por alto la estructura con que cuenta el Sistema Nacional de Salud y que se ha optado por seguir el modelo de países como China, Corea del Sur o incluso Italia, que no cuentan con una atención primaria desarrollada.

Para estos países, la habilitación de este modelo de triaje en base a hospitales de campaña para pacientes no graves era la respuesta para hacer el seguimiento de los síntomas y la evolución de los mismos y en caso de empeoramiento, su derivación a hospitales.

Frente a este modelo, y aún conscientes de la dificultad de tomar decisiones, remarcan que es de vital importancia no cerrarse a otras opciones y asumir miméticamente que este modelo sea la única respuesta posible a la pandemia.

En un contexto como el actual, la directiva cree que este no es el mejor momento ni se dan la condiciones, a excepción de alguna situación extrema, para proceder al cierre de centros de salud equipados y con personal cualificado asignado como medida de gestión ante esta crisis sanitaria.

Desde la sociedad científica insisten en que los hospitales alcanzan su máxima eficiencia cuando únicamente llegan aquellos pacientes que los necesitan. Por este motivo, entienden que es imprescindible que previamente hayan sido evaluados por los profesionales de atención primaria y atención continuada.

Se trata, según su escrito, de dotar a la atención primaria y confiar en su capacidad de resolución para dar no solo atención a ese 80 por ciento de pacientes cuyo cuadro será leve sino también para discriminar los cuadros leves de los graves y asegurar la continuidad de la atención a los pacientes que sean dados de alta del hospital.

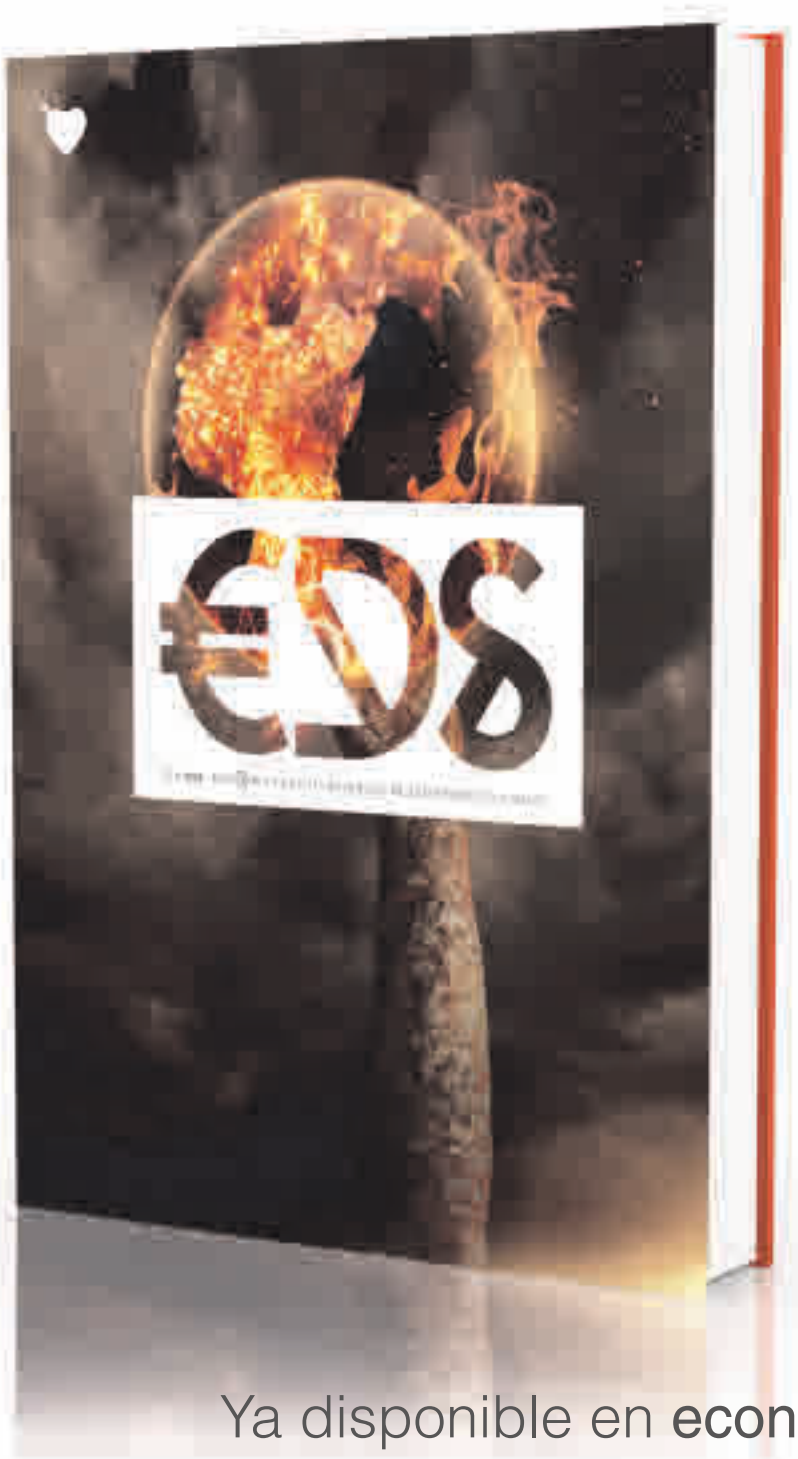
Medidas
La directiva de Semfyc cree que no es el mejor momento para cerrar todos los centros de salud

Otros pacientes
Subrayan que no se ha de olvidar la atención a otros pacientes con problemas de salud y sus necesidades

Los médicos de familia insisten en que tampoco se ha de olvidar la atención a aquellos pacientes que tienen otros problemas de salud y necesidades de asistencia diferentes a los derivados del COVID-19.

Para finalizar, reconocen el esfuerzo y la dificultad en la toma de decisiones de los responsables políticos en un entorno tan complejo, difícil y cambiante. Por eso, insisten en hacer llegar estas valoraciones profesionales con el único objetivo de aportar elementos que ayuden a resolver de la manera más eficiente esta dramática alarma sanitaria.

REVISTA ESPAÑOLA DE ECONOMIA DE LA SALUD



VOL. 15 Nº 1
FEB 2020

- Salud y bienestar, focos del cambio climático
- Una puesta a punto en terapias avanzadas
- Turismo de salud en España: hacia un mayor control de los datos para seguir creciendo
- La inequidad en el acceso a la innovación y biomarcadores: reto 2020
- Entrevista a **Olga Delgado** (Presidenta de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria) y **Ana Polanco** (Presidenta de AseBio)
- **Reportaje**: II Congreso Médico-Farmacéutico SEMERGEN-SEFAC
- **Artículo original**: Burden of advanced Nonsmall Cell lung Cancer in the Catalan Health Service (CatSalut)

Ya disponible en **economiadelasalud.com**

En papel a suscriptores cualificados*

*Socios de ISPOR, AES, parlamentarios de comisiones de sanidad, altos cargos sanitarios, gerentes de hospital y sociedades científicas.

Con el patrocinio de:

abbvie · almirall feel the science · astellas · AstraZeneca · Boston Scientific Advancing science for life™ · Bristol-Myers Squibb · GRÜNENTHAL · gsk · IMS Health & Quintiles are now IQVIA™ · janssen · MERCK · MSD INVENTING FOR LIFE · Roche

Especializada

Los retos a los que se enfrenta la vacuna contra el coronavirus

Laboratorios de todo el planeta se encuentran en una carrera contrarreloj para dar con la vacuna

SANDRA PULIDO
Madrid

El SARS-CoV-2 pertenece a la familia de los betacoronavirus, uno de los cuatro géneros (alphacoronavirus, betacoronavirus, cammacoronavirus y deltacoronavirus) incluidos dentro de la familia Coronavirindae. Se trata de virus cuyo genoma está formado por una única cadena de ARN con polaridad positiva (+ssRNA) de unos 30.000 nucleótidos.

Laboratorios de todo el planeta se encuentran en una carrera contrarreloj para dar con la vacuna que frene el progreso de la pandemia del Covid-19. Días después de que China compartiera el genoma de este coronavirus, los investigadores comenzaron rápidamente las primeras etapas de investigación y desarrollo.

"Los virus RNA como el coronavirus tienen una envuelta a los que hay que atacar produciendo respuestas inmunológicas muy específicas. Es decir, produciendo anticuerpos neutralizantes y activando los linfocitos T que van a destruir a una célula infectada", explica a GM Mariano Esteban Rodríguez, jefe del Grupo Poxvirus y Vacunas en el Centro Nacional de Biotecnología del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CNB-CSIC), y consejero de la Fundación Gadea por la Ciencia.

Aún así, a pesar de los retos a los que se enfrenta el desarrollo de la vacuna, el mayor problema no es diseñar la vacuna, sino comprobar su seguridad y eficacia en humanos, lo que puede demorarse al menos un año.

"En ningún caso podemos tener una vacuna que tenga el RNA del virus"

"Los virus RNA presentan generalmente tasas de mutación relativamente altas pues carecen de DNA-polimerasas"

"Este modelo de vacuna RNA es una de las que se están ensayando en fases clínicas frente al coronavirus"

"Los virus RNA no son fáciles. Tenemos que comprobar primero qué componentes antigénicos del virus serian fácilmente reproducibles en la obtención de una vacuna que en ningún caso tuviese ese RNA", especifica Ángel Gil, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos. "En ningún caso podemos tener una vacuna que tenga ese RNA, sino que contenga alguna estructura de envoltura que el organismo reconozca como antígeno y produzca anticuerpos contra la enfermedad", añade el especialista.

Una de las esperanzas en la obtención de la vacuna es conseguir que el antígeno S (componente de la corona) sea capaz de inducir la producción de anticuerpos neutralizantes, controlar la infección y evitar la enfermedad.

"Hemos de recordar que los virus RNA presentan generalmente tasas de mutación relativamente altas pues carecen de DNA-polimerasas que puedan detectar y corregir los errores", puntualiza José Mª Martin Moreno, Catedrático de Medicina y Salud Pública de la Universidad de Valencia.

Teniendo en cuenta el potencial mutágeno junto al rápido avance del brote, "el primer escollo en laboratorio surge al hacer crecer a los virus en el laboratorio, y después identificar los genes de virulencia del patógeno", subraya el catedrático.

Prototipos de vacunas RNA

Desde que se inició el brote en Wuhan (China), el CNB-CSIC, bajo la coordinación de Luis Enjuanes, comenzó a preparar los trámites para producir una vacuna.

"La aproximación que lleva el equipo de Enjuanes es desarrollar un coronavirus atenuado por ingeniería genética", resalta Esteban Rodríguez . Por su parte, el laboratorio bajo su cargo también está trabajando en la vacuna basada en vectores virales que expresan antígenos específicos del coronavirus.

Las vacunas atenuadas son las que más se han utilizado al ser las más eficaces ya que desarrollan inmunidad frente a todos los componentes virales. "Estas vacunas se han ido modificando a lo largo del tiempo para conseguir una mayor seguridad y hay muchos modelos en la actualidad", destaca.

Asimismo, las vacunas de ácido nucleico son las que están más en activo, "sobretodo las de RNA porque son muy seguras, no tienen efectos adversos y están demostrando eficacia tanto en cáncer como contra patógenos. Este modelo de vacuna RNA es una de las que se están ensayando en fases clínicas frente al coronavirus", afirma el especialista del CNB.

Por otro lado, "se encuentran las vacunas en las que se utilizan los antígenos purificados, como la proteína S, que se mezclan con un adyuvante y también están en fases clínicas", añadió.

Fabricación de vacunas

Los grupos de investigación de todo el mundo están desarrollando estrategias a pequeña escala para demostrar la seguridad y eficacia de las vacunas en la fase I."Los laboratorios la producirán a gran escala sin ningún problema una vez que se sepa que antígeno es el mejor", apunta Ángel Gil.

Sin embargo, Martín Moreno recuerda también que hay que hacer énfasis en la necesidad de completar las tres fases preceptivas de pruebas en pacientes.

"Afortunadamente hay diversos grupos de enorme prestigio científico que ya están abordando el tema desde diferentes perspectivas, lo cual es bueno porque es útil disponer de diferentes enfoques técnicos para aprender unos de otros y garantizar que se obtiene una vacuna lo antes posible", conluye Martín Moreno.

Descifrando los orígenes del SARS-CoV-2

Un estudio explica los posibles escenarios en los que el patógeno podría haber surgido

SANDRA PULIDO
Madrid

Los primeros análisis del SARS-CoV 2 indicaron que se trataba de un nuevo betacoronavirus que pertenecía a la misma familia del SARS-CoV y el MERS. Las investigaciones anteriores encontraron que el SARS-CoV se transmitió de gatos de civeta a humanos y el MERS-CoV de camellos y dromedarios a humanos. Asimismo, el SARS-CoV-2 es el séptimo coronavirus que se conoce que infecta a los humanos; el SARS-CoV, MERS-CoV y el SARS-CoV-2 pueden causar una enfermedad grave, mientras que HKU1, NL63, OC43 y 229E están asociados con síntomas leves.

Un estudio publicado en Nature Medicine repasa y compara todos los datos genómicos que se han analizado hasta ahora sobre el nuevo patógeno e hipotetiza sobre los escenarios en los que podría haber surgido: selección natural en un huésped animal antes de la transferencia zoonótica; y selección natural en humanos después de la transferencia zoonótica.

Descartan el laboratorio

Lo primero que puntualizan los investigadores es que descartan que se trate de un patógeno manipulado en el laboratorio. "El RBD (el dominio de unión al receptor) de SARS-CoV-2 está optimizado para unirse al ACE2 humano con una solución eficiente diferente a las comprobadas anteriormente", argumentan en el trabajo, que ha sido elaborado por Kristian G. Andersen, del Departamento de Inmunología y Microbiología, Instituto de Investigación Scripps (EE.UU.) y sus colaboradores.

> "El SARS-CoV-2 no se deriva de ningún esqueleto de virus usado previamente"

> "Es probable que los murciélagos sirvan como reservorios para su progenitor"

Además, si se hubiera realizado la manipulación genética, "se hubieran utilizado, probablemente, uno de los varios sistemas de genética inversa disponibles para los betacoronavirus", señala el equipo. Los datos genéticos muestran "irrefutablemente" que el SARS-CoV-2 no se deriva de ningún esqueleto de virus usado previamente.

Selección natural en un huésped animal

Los primeros casos identificados en Wuhan (China) estaban vinculados a un mercado de animales, por lo que es posible que hubiese una fuente animal en dicho lugar.

"Dada la similitud del SARS-CoV-2 con los coronavirus similares a los del SARS-CoV, es probable que los murciélagos sirvan como reservorios para su progenitor". Sin embargo, aunque el virus RaTG13 de los murciélagos Rhinolophus affinis es idéntico al SARS-CoV-2 en un 96%, su pico diverge en el RBD, "lo que sugiere que puede no unirse de manera eficiente al ACE2 humano", explican en el estudio.

El pangolín como huésped intermedio

Los pangolines de Malasia importados ilegalmente a la provincia de Guangdong contienen coronavirus similares al SARS-CoV-2 . Aunque el virus RaTG13 sigue siendo el más cercano al SARS-CoV-2 en todo el genoma , algunos coronavirus pangolín exhiben una fuerte similitud con SARS-CoV-2 en el RBD. "Esto muestra claramente que la proteína de pico (S) de SARS-CoV-2 optimizada para unirse a ACE2 humano es el resultado de la selección natural", añaden los investigadores.

A día de hoy no se ha identificado ningún coronavirus animal que sea lo suficientemente similar como para haber servido de progenitor directo del SARS-CoV-2, pero, tal y como señala el estudio, la diversidad de coronavirus en los murciélagos y otras especies se subestima "masivamente".

Selección natural en humanos

El otro escenario planteado sería selección natural en humanos después de la transferencia zoonótica. Este fenómeno explicaría que una versión no patógena del virus saltaría de un huésped animal a los humanos y evolucionaría a su estado patógeno actual dentro del sujeto.

El virus adquiría las características genómicas a través de la adaptación durante la transmisión no detectada de ser humano a ser humano. Una vez adquiridas, estas adaptaciones permiten que la pandemia empiece y produzca un grupo de casos suficientemente grande como para activar el sistema de vigilancia que lo detectó.

Los informes preliminares estimaron que el 'antepasado' común al SARS-CoV-2 apareció entre finales de noviembre de 2019 y principios de diciembre de 2019 , datos compatibles con los primeros casos confirmados retrospectivamente. "Por lo tanto, este escenario supone un período de transmisión no reconocida en humanos entre el evento zoonótico inicial y su adaptación y replicación en humanos (adquisición del sitio de escisión polibásica)", según los datos del estudio.

Este escenario es el que dio lugar al MERS-CoV. Todos los casos humanos son el resultado de repetidos saltos del virus desde los camellos, produciendo infecciones únicas o cadenas de transmisión cortas que eventualmente se resuelven, sin adaptación a la transmisión sostenida.

Prevención de futuros eventos zoonóticos

Los investigadores concluyen que la comprensión detallada de cómo un virus animal saltó los límites de las especies para infectar a los humanos de manera productiva ayudará a prevenir futuros eventos zoonóticos. "Por ejemplo, si el SARS-CoV-2 se preadapta en otra especie animal, existe el riesgo de futuros eventos de reaparición. Por el contrario, si el proceso de adaptación se produjo en humanos, incluso si se producen transferencias zoonóticas repetidas, es poco probable que despeguen sin la misma serie de mutaciones".

El abordaje del cáncer en tiempos del Covid-19: la experiencia de Reino Unido

¿Cómo se está abordando la investigación contra el cáncer?

CARMEN M. LÓPEZ
Madrud

Desde hace semanas, las instituciones sanitarias han tenido que tomar decisiones que alteran el abordaje diario de determinadas enfermedades, como por ejemplo el cáncer.

Aunque de momento no hay evidencias de si los pacientes con cáncer son susceptibles a la infección por SARS-CoV-2, la realidad es que los inmunodeprimidos son especialmente vulnerables. De hecho, avanzan los expertos que las personas que se someten a la quimioterapia o radioterapia tienen mayor riesgo de padecer una enfermedad grave por Covid-19. Del mismo modo, las personas con un tumor hematológico o en la médula ósea. Así lo recoge Talha Khan Burki, en un artículo publicado en The Lancet Oncology.

El contexto actual en Reino Unido es tratar a los pacientes con cáncer de la misma manera que en circunstancias normales. Alan Boyd de la Real Academia de Medicina de Londres lo explica así a The Lancet Oncology. Del mismo modo, Inglaterra, Escocia y Gales han cancelado las cirugías electivas, pero es poco probable que eso afecte a la mayoría de los pacientes con cáncer.

Los ensayos clínicos

"El brote de coronavirus es una situación que evoluciona rápidamente y está ejerciendo una presión sin precedentes en los sistemas sanitarios", afirma Emlyn Samuel, directora de políticas de Cancer Research de Reino Unido. "Las administraciones están tomando decisiones sobre ensayos clínicos caso por caso, siguiendo el consejo del Gobierno. Para muchos, esto puede significar pararla configuración de nuevas pruebas, así como el reclutamiento de pruebas ya existentes, pero todavía hay algunas pruebas en ejecución".

Ante esta situación, la Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos Sanitarios del Reino Unido ha emitido una guía sobre el manejo de ensayos durante la pandemia. De este modo, sugieren proporcionar el medicamento bajo investigación a los hogares de los pacientes para evitar viajes innecesarios al hospital.

No hay problema de suministro

Así, Boyd señala que no hay indicios de que la pandemia esté causando escasez de medicamentos. "Confiamos en que el Gobierno está implementando planes para asegurar la cadena de suministro de medicamentos contra el cáncer y dispositivos médicos, y está evaluando cómo el impacto global del virus podría afectar el NHS", añade Samuel. En su opinión, mantener las cadenas de suministro en plena emergencia de salud pública no es una tarea fácil.

En este artículo, el autor pone el ejemplo de DKMS. Se trata de una organización internacional que trabajan en siete países de todo el mundo para reclutar donantes para personas que necesitan trasplantes de células madre sanguíneas. En total, esta institución ha registrado casi 10 millones de donantes en todo el mundo y proporciona alrededor del 40 por ciento de las donaciones de células madre utilizadas por pacientes en el Reino Unido.

"Estamos teniendo todo tipo de dificultades en términos de acceso a los países y de organizar el envío de las células madre", explica Jonathan Pearce, CEO de DKMS en Reino Unido. "Las restricciones de viaje son un problema particular; en algunos casos, hemos logrado obtener exenciones para los correos, incluso entre Europa y los Estados Unidos, pero eso no está sucediendo en todas partes ". La situación se complica aún más por las limitaciones de tiempo. Las células madre deben ser trasplantadas dentro de las 72 horas de su donación. "Estamos en una situación en la que existe la posibilidad de que una operación se descarrile debido a demoras", señala Pearce.

Así, como comenta el autor, esta organización está explorando la posibilidad de transportar las células madre en vuelos de carga . En el Reino Unido, ha establecido un centro de recogida y entrega cerca del aeropuerto de Heathrow, desde donde se pueden organizar viajes a hospitales en el Reino Unido. "Estamos haciendo lo que podemos, pero no es sencillo", destaca Pearce.

El problema de recibir donaciones

Además, el brote en sí mismo complica los esfuerzos para obtener donaciones. El proceso primero requiere que los donantes asistan al hospital para preparación y análisis de sangre. La donación puede tomar un par de días. "Los donantes están preocupados por viajar, y especialmente por pasar tanto tiempo en un hospital", señala Pearce. "Y si el Reino Unido entra en bloqueo, ¿podremos tener exenciones para los donantes de células madre?"

Si los posibles donantes están infectados con SARS-CoV-2, no podrán hacer una donación hasta que se hayan recuperado por completo. DKMS está tratando de garantizar que los pacientes tengan donantes de respaldo, en caso de que se descarte el previsto. "Es superable pero complicado, y está llevando mucho tiempo", dice Pearce. Parece que la interrupción continuará. Según los informes, asegura el autor, Public Health England se está preparando para que la pandemia Covid-19 se extienda hasta la primavera de 2021.

ASCO se reinventa con una edición virtual

C.M.L.
Madrid

A pesar de que el SARS-CoV-2 está haciendo estragos en todo el mundo, lo cierto es que el resto de patologías no han desaparecido. La investigación biomédica sigue su curso, con la medicina de precisión como bastión fundamental.

A falta de unos meses para la celebración de la mayor cita de la oncología mundial, la que organiza la Sociedad Americana de Oncología (ASCO), la organización se está planteando mantener la cita, aunque de manera virtual.

"La principal preocupación de ASCO es la salud y la seguridad de la comunidad global de oncología y los pacientes que atendemos. A medida que se extienden las medidas de seguridad de salud pública relacionadas con COVID-19, la Junta de ASCO ha concluido que la Reunión Anual, programada para el 29 de mayo y el 2 de junio en Chicago, no puede ser presencial", asegura ASCO.

Los detalles

Conscientes de la necesidad de seguir comunicando los avances en oncología, la entidad asegura que seguirá ofreciendo "lo último en ciencia del cáncer a la comunidad mundial durante el período de la Reunión Anual, utilizando un formato virtual que respete las contribuciones de los autores y el trabajo del Comité del Programa Científico. Además, los resúmenes se publicarán en línea y en el Journal of Clinical Oncology en nuestro horario habitual".

De momento, la sociedad americana se encuentra trabajando en seguir ampliando este formato. Así, en las próximas semanas avanzará todos los detalles, con el objetivo de seguir arrojando luz a esta enfermedad.

De momento, aseguran, "ASCO continúa monitorizando el nuevo coronavirus".

Imagen de archivo del último encuentro.

El plasma de los pacientes que hayan superado el Covid-19 podría ser útil.

¿Podría ser el plasma convaleciente un posible antídoto?

Distintos países están valorando la extracción de plasma de pacientes que hayan superado el Covid-19

DANIELA GONZÁLEZ
Madrid

Investigadores de distintos países están valorando la extracción de plasma de pacientes que hayan superado el Covid-19 para la obtención de anticuerpos que puedan hacer frente al virus. El plasma se utilizaría para tratar a los pacientes infectados o para prevenir el desarrollo de la enfermedad en sujetos que hayan tenido contactos próximos. El procedimiento del plasma convalecente no es una opción más válida ante la vacunación, son "formas de tratar totalmente diferentes", ha explicado a Gaceta Médica la vocal de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH), Cristina Arbona.

"La vacuna pretende que el propio organismo produzca los anticuerpos y evite la infección", asegura Arbona, quien señala que el procedimiento del plasma convalecente es un "anticuerpo pasivo". Este procedimiento se está estudiando e intentando probar como una posible alternativa, pero Arbona recuerda que "no hay ningún dato para afirmarlo pero la teoría nos dice que puede serlo. La vacuna va a tardar y esto lo tenemos ahí".

Protocolo de actuación

Los protocolos que están circulando en relación a este procedimiento son muy restrictivos, indica la experta. Primero es necesario comprobar que el paciente es negativo en coronavirus por las PCR (siglas en inglés de "Reacción en Cadena de la Polimersa") y, por tanto, corroborar que ya no tiene el virus.

Las PCR son un tipo de pruebas de diagnóstico que se llevan utilizando durante años en diferentes crisis de salud pública

En este primer paso es necesario que existan dos determinaciones de PCR negativas. Estas circunstancias dan "poco margen de tiempo" a los profesionales porque "a partir de los 14 días, el título de anticuerpos del posible donante empieza a bajar rapidamente", explica Arbona. El protocolo señala que el paciente que haya superado el Covid-19, además de tener las PCR negativas no debe tener ningún síntoma para poder ser un posible donante.

Obtención del plasma

Para poder obtener el plasma, se realiza una aféresis de plasma, el tratamiento habitual para su obtención en donantes sanos. La sangre extraída del donante se introduce en la máquina, que a través del centrifugado separa el plasma de las células. Este procedimiento permite a los profesionales sanitarios recoger el plasma y poder devolver el resto al donante. "El plasma lo utilizamos en dos vertientes. Por un lado la profilaxis y por otro el tratamiento", añade la vocal de la SEHH, Cristina Arbona.

Sugerir el uso de plasma de personas que habían superado la enfermedad es una idea que empezó a consolidarse en 1918, durante la pandemia de gripe. Sin embargo, los resultados no fueron concluyentes.

Sanidad autoriza la dispensación de medicamentos hospitalarios en farmacias

Las comunidades autónomas podrán aplicar la medida durante la crisis sanitaria por el coronavirus

ALBERTO CORNEJO
Madrid

El Ministerio de Sanidad ha autorizado la dispensación de medicamentos hospitalarios a través de las farmacias, mientras se prolongue la crisis sanitaria originada por el coronavirus.

El Boletín Oficial del Estado recoge en su edición de este viernes 27 de marzo la Orden SND/293/2020 que establece las condiciones excepcionales de dispensación y administración de medicamentos durante esta crisis de salud pública y el estado de alarma asociado.

Respecto a los medicamentos de Dispensación Hospitalaria (DH) a pacientes no hospitalizados (externos), la Orden establece que "de forma excepcional, cada comunidad autónoma podrá establecer las medidas oportunas para garantizar la dispensación de los medicamentos de dispensación hospitalaria sin que deban ser dispensados en las dependencias del hospital". Un abanico en el que se incluye la dispensación a través de boticas. El límite de cada dispensación se establece en un máximo de dos meses de tratamiento.

Incluso, la Orden también autoriza "administrar medicamentos de uso hospitalario fuera del centro hospitalario". En este caso, concreta, "siempre que las condiciones del paciente, de la enfermedad, del medicamento o de la situación epidemiológica así lo aconsejen".

Medicamentos hospitalarios

Cabe recordar que esta medida excepcional viene siendo reclamada por las principales entidades farmacéuticas —entre ellas la máxima institución nacional, el CGCOF—. Incluso, como ha contado El Global (publicación hermana de GM), algunas regiones (Cantabria y Comunidad de Madrid) ya habían delegado la dispensación temporal de DH en sus boticas. El objetivo es compaginar el aislamiento domiciliario y las recomendaciones de no acudir a centros hospitalarios —en especial en pacientes de riesgo— a la vez que se asegura el acceso a los tratamientos. También en la práctica totalidad de regiones restantes se realiza el envío directo a domicilios por parte de los Servicios de Farmacia de estos centros. Sin apoyarse en las farmacias, en estos casos.

En el caso de Cantabria, el modelo elegido implica también a la distribución farmacéutica. Son estas entidades las que se encargan de recoger la medicación en el centro hospitalario y trasladarla a la oficina de farmacia referencia del paciente.

Dispensación de medicamentos hospitalarios.

"Cada CC.AA podrá establecer medidas para la dispensación de DH sin que deban ser dispensados el hospital"

"El objetivo es compaginar el aislamiento domiciliario y las recomendaciones de no acudir a centros hospitalarios"

Con rayos X

PERFIL | 'Enfermedad X'

Covid-19:
Cuando la realidad supera la premonición

CARMEN M. LÓPEZ
Madrid

La OMS incluyó hace un par de años a la "enfermedad X" (disease X) en su listado de patógenos infecciosos. Es decir, enfermedades que representan la mayor amenaza para la salud global por su potencial epidémico. Se trataría de una bacteria o un virus que puede surgir en cualquier momento y causar una infección mundial generalizada.

Fue a principios de 2018, durante una reunión en la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, cuando un grupo de expertos acuñó este término. Los expertos de la OMS explicaban que se trataba de "la próxima pandemia".

Antes de que el SARS-CoV-2 se propagara, los expertos en enfermedades infecciosas ya estaban inmersos en la investigación de nuevas enfermedades emergentes. Así lo aseguraban en 2018 los especialistas en microbiología y enfermedades infecciosas de Seimc. Durante el Congreso Nacional, estos expertos plantearon esta emergencia y sus posibilidades para hacerle frente.

Pero mucho antes, los microbiológos se anticiparon que los coronavirus de murciélagos eran una bomba de relojería en Asia. Lo hicieron con la publicación de un artículo en Clinical Microbiology Reviews en 2007. En esta investigación avanzaban que los murciélagos de herradura son el reservorio natural del virus similar al SARS-CoV y que las civetas son el anfitrión de la amplificación. Estos expertos advertían de la necesidad de mantener fuertes medidas de bioseguridad "en las granjas y mercados húmedos", ya que, aseguraban, "pueden servir como fuente de propagación de infecciones emergentes".

MIENTRAS, EN ESPAÑA...

José Ramón Arribas, especialista en Enfermedades Infecciosas en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de La Paz, explicaba a GM, que el mayor motivo de preocupación que siempre ha estado presente entre la comunidad científica es "una pandemia de gripe". Algo que ya advertía pensaban que se produciría en esta generación. Y no estaban equivocados. La OMS, a lo largo de estos años, ha ido ampliando las enfermedades emergentes a su lista. Crimean-Congo Hemorrhagic Fever (CCHF); Ebola Viral Disease and Marburg Viral Disease; Lassa Fever; Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS); Nipah and henipaviral diseases; Rift Valley Fever (RVF); Zika; y por último, Disease X.

Como Arribas explicó en una entrevista en esta publicación, hasta el momento, la preparación de los profesionales sanitarios ante una pandemia X era incompleta. Arribas señalaba a la falta de coordinación mundial. "Por ejemplo, no hay planes de contingencia para una pandemia de gripe. Esta coordinación requeriría el mismo tipo de esfuerzo que el que se dedica en la preparación para una conflagración militar", explica el infectólogo, y no estaba equivocado.

Ante esa situación, el infectólogo insistía en la necesidad de mejorar la capacidad para diagnosticar sobre el terreno en áreas con muy pocos recursos. "Esta es la base de la vigilancia frente a nuevas epidemias", apuntaba. Gracias a los avances en microbiología molecular se tendrán pruebas muy sencillas para diagnóstico rápido. En este sentido, Arribas remarcaba la importancia del concepto "One Health".

Otra estrategia para contener los primeros casos de estas epidemias que proponían los expertos era la creación de unidades de aislamiento de alto nivel. Unas unidades que permitirían atender a estos pacientes a la vez que se garantiza la seguridad de los trabajadores y se impide la diseminación de estos patógenos a la comunidad. "España en 2014 no tenía ninguna de estas unidades". En 2018 contaban con siete distribuidas por todo el territorio.

EL PAPEL DE LAS VACUNAS

En todo este escenario, lo que no ha cambiado en estos años es en potenciar el papel de las vacunas. El "santo grial", aseguran los expertos, de la preparación frente a una pandemia.

Carta del Editor

La otra pandemia de información imprecisa

SANTIAGO DE QUIROGA, Presidente Editor de GM

La necesidad de compartir conocimiento sobre la pandemia y Covid-19 con urgencia afecta a la calidad de las publicaciones. Muchos de estos trabajos son informes preliminares que no han sido objeto de las profundas revisiones habituales.

Vivimos un exceso de información sobre coronavirus, que también amplifica estudios científicos de baja calidad. Ya se habla de una segunda pandemia de desconcierto generalizado. Uno llamativo es un artículo que **intenta relacionar la aparición del virus como resultado de su invención en un laboratorio.** El estudio ha sido retirado porque no aguantó un sencillo cruce de los datos bioinformáticos que aportaba. Fue publicado por un autor del Instituto de Tecnología de la India y retirado el 2 de febrero pasado. La idea de que el coronavirus se había escapado de un laboratorio ha sido ampliamente difundida por muchos medios. Investigadores de la Academia de Ciencias Médicas de Shandong, una provincia al este de China, han comparado el **genoma del SARS-CoV-2 con cientos de Coronavirus de murciélagos.** El estudio demuestra la similitud de sus genomas y la evidencia de que el causante de Covid-19 **es un cruce entre distintos virus animales,** algo bastante habitual en este tipo de virus de ARN.

El salto a humanos del virus SARS que causó el brote en 2002 se hizo en dos etapas: de los murciélagos a las civetas (un pequeño mamífero similar al gato) y de éstas al ser humano. Y el ya conocido por las siglas MERS, pasó de los murciélagos a los dromedarios en Oriente Medio, y de ahí a los humanos de nuevo. No se sabe qué animal ha sido el intermediario entre el murciélago y el SARS-CoV-2. Ningún estudio **ha demostrado un incremento en la virulencia o empeoramiento de la clínica por parte de determinadas cepas del SARS-CoV-2.** Los coronavirus mutan para adaptarse mejor a su nuevo hospedador, el ser humano. Podría ser menos letal pero más transmisible. Por eso, algunos expertos hablan de porcentajes de infección mundial considerables, del 40 al 70 por ciento de la población.

@santidequiroga