

LUCHA CONTRA EL CORONAVIRUS

ENRIQUE MÍGUEZ REY JEFE DE LA UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL CHUAC

«No es cierto que los niños contagien más el coronavirus que los adultos»

El doctor refrenda un estudio alemán que concluye que no hay diferencias de carga viral en distintos grupos de edad

NOELIA SILVOSA
REDACCIÓN / LA VOZ

El virólogo estrella alemán y asesor de Angela Merkel, Christian Drosten, ha publicado un estudio en el que prueba que los niños no presentan más carga viral que los adultos. «Y confirma lo esperable, porque eso es lo que ocurre con cualquier tipo de virus. Pero también alerta de que no se pueden tomar las cosas en broma y aboga por mantener el cierre de las escuelas», indica Enrique Míguez, virólogo y jefe de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Chuac coruñés.

—**¿Es la carga viral en los niños semejante a la de los adultos?**

—El estudio refrenda lo esperable. No es una realidad que no se hubiese visto en otras ocasiones. La carga viral puede variar dependiendo de la gravedad del paciente, pero no por el hecho de ser niño se tiene más o menos carga viral. No es cierto que contagien más. Otra cosa es la respuesta al virus, que sea más o menos virulenta que en adultos. —**De hecho aún se desconoce la causa de esa respuesta leve o asintomática de los niños.**

—Exactamente. Son cosas que también estudio, como la diferencia de la letalidad entre países. Usted coge las tablas de letalidad en Alemania y en Austria y no tienen nada que ver, igual que las italianas, las españolas, las belgas o las holandesas. Y en Alemania hay sirios, turcos, espa-



Míguez cree que las escuelas cerradas son claves para evitar la transmisión.

ñoles... mucha inmigración. Sin embargo, las tasas de letalidad o de ingresos hospitalarios no se corresponden con el número total de casos diagnosticados. —**Esta cuestión ya se mezcla también con la política.**

—Pero independientemente de eso, si llama a un médico alemán comprueba que en su hospital son pocos y con afectaciones menos graves que las nuestras. O en EE.UU., no es lo mismo la letalidad que hay en Nueva York y en Washington. Incluso con diferentes medidas, con una tasa de ataques similar la mortalidad es diferente. Hay muchas incógnitas. —**El estudio defiende que las escuelas permanezcan cerradas.**

—Exactamente. Si las abro, lo que hago es abrir la cadena de transmisión. El que haya visto menos niños afectados, no quiere decir que los brotes, como ha sucedido en China, no sean intrafamiliares. Los primeros en afectarse y los más afectados son los mayores. Y a los niños ya los hemos confinado. Las personas que trajeron el virus son las de mediana edad, y las que contagian a esos niños y a esos mayores. Como aquí, al menos en Galicia, el confinamiento empezó rápido, la incidencia en los niños es bajísima. Pero la carga viral es la misma.

—**Tras casi siete semanas confinados, ¿podemos empezar a pensar en que vean a sus abuelos?**

—No sé si ha visto los paseos de los niños esta semana. El otro día me contaba un compañero que había partidillos de fútbol. Si después de siete semanas de confinamiento real los niños fuesen a visitar a sus abuelos de una casa a otra, le diría ciegamente que sí que podrían. Pero en el momento en el que usted rompe el confinamiento, yo no tengo respuesta para eso ni la tiene nadie. Ahora nos queda esperar los resultados del estudio epidemiológico. Y aun así, el riesgo va a ir aumentando a medida que lo haga la circulación.

—**Medidas más restrictivas, más test... ¿Cuál es la fórmula ideal?**

—El modelo que mejor ha funcionado es el de Corea, pero ahí le ponen un móvil con una app que le controla sus contactos y todo. No es para saber quién contacta con usted, sino que desde el momento en el que se detecta que usted está enferma, se avisa a todos con los que ha tenido contacto para que se les haga un estudio. Así lo han logrado contener sin dejar de salir a la calle ni cerrar las escuelas ni nada. Intentó hacer lo mismo aunque de forma parcial Singapur, pero era voluntario bajar la app y solo el 4 % la estaba usando, por lo que se les ha desmandado la situación. Aquí hay un conflicto, que es la salud pública y la libertad individual, y al mismo tiempo hay que contemplar la economía. —**¿Hay precedentes?**

—En el año 96 se decide el plan de control de la tuberculosis en Galicia, se diagnostica al mayor número de pacientes posible y se les sigue. Si el paciente no hacía bien el seguimiento, se le podía confinar contra su voluntad. Y gracias a esas medidas hemos pasado de tener una situación epidémica en el 96 a una muy buena o parecida al resto de España.

«El plan de desescalada va por detrás de la realidad, y hay que ir por delante»

«Creo que se deberían establecer medidas para hacer una actuación precoz sobre los casos y sus contactos», indica Míguez, que advierte del posible efecto «acordeón» con aperturas y cierres constantes. —**Entonces, ¿mejor el seguimiento que la restricción?**

—En el momento en el que un país entra en fase epidémica, no le queda más remedio que mitigar. Ya no puede contener, porque ya se le ha desmadrado todo. La mitigación que se adoptó globalmente fue el aislamiento en mayor o menor medida. Ahora que ya estamos en un número manejable de pacientes, dependiendo de la contención que hagamos, tendremos éxito o no. —**¿Y qué le parece el plan de desescalada?**

—Yo a los planes les veo un mismo problema general. Si el indicador subrogado que uso para establecer las fases son el número de camas hospitalarias o camas ocupadas en las ucis, quiere decir que voy siempre por detrás de la realidad. Porque si el paciente se infecta e ingresa entre 7 y 15 días más tarde, y otros 7 o 10 después va a la uci, y yo el marcador que uso es el de 15 días, voy a ir por detrás, que no es lo adecuado. O se fijan medidas para hacer una actuación precoz sobre los casos y sus contactos, o si no se va a repetir inevitablemente, en mi opinión, como quien toca el acordeón, abriendo y cerrando constantemente.

—**¿Qué le parece limitar las salidas a la calle por edades y franjas horarias?**

—Me parece fundamental. Si tenemos a todo el mundo en la calle, como buen gallego, le devuelvo la pregunta: ¿cómo controla usted las medidas de distanciamiento social?

Las farmacéuticas investigan 130 tratamientos y 80 vacunas

REDACCIÓN / LA VOZ

La industria farmacéutica está investigando en torno a 130 tratamientos contra el covid-19, de los cuales 77 se basan en medicamentos existentes, y el resto son nuevas terapias que se intentan desarrollar, dijo ayer el director de la Federación Internacional de Farmacéuticas (Ifpma), Thomas Cueni, en declaraciones recogidas por Efe.

En el terreno de las vacunas para el coronavirus, la industria está estudiando alrededor de 80 posibilidades. Actualmente, 25 firmas se encuentran en distin-

tas fases de ensayos clínicos de tratamientos, indicó el dirigente. En una conferencia de prensa virtual, altos ejecutivos de poderosas farmacéuticas explicaron que se está «trabajando» con los Gobiernos para que, una vez que se haya dado con los tratamientos efectivos y seguros, estos puedan estar disponibles a precios asequibles. Por su parte, la OMS lanzó hace una semana una alianza internacional público-privada para evitar que una vez que se descubra una cura, una vacuna o se mejoren los test, su acceso dependa únicamente de la capa-

cidad de los Gobiernos de pagar por ellos, lo que dejaría a la mayor parte de la población mundial fuera de los beneficios de esos avances científicos.

El vicedirector ejecutivo y responsable de investigación oncológica en AztraZeneca, José Baselga, dijo que su compañía está llevando adelante el ensayo clínico de una terapia para prevenir el fallo pulmonar en el Reino Unido, con la que se empezará a tratar a pacientes en los próximos días. La presidenta global de vacunas de Pfizer, Nanette Cocero, reveló que su compa-

ña trabaja tanto en una vacuna como en un tratamiento antiviral. Ante la pandemia, la industria está probando con decenas de terapias diferentes, que van desde fármacos contra la malaria (cloroquina y su derivado, la hidrocloroquina), antiinflamatorios, antivirales, tratamientos de autoinmunidad y de plasma. Otra pregunta que todavía no tiene respuesta es si bastará con un único fármaco o si este coronavirus terminará desarrollando resistencia. La científica Julie Gerberding recordó que multiplicar la capacidad de producción del

futuro tratamiento «no será fácil, requerirá de una inversión importante de capital y tomará tiempo asegurarse de que el proceso de producción es seguro y que habrá capacidad para cubrir la demanda». «La gente debe tener expectativas realistas de lo que [las farmacéuticas] pueden hacer», subrayó. Por su parte, Cueni señaló que, llegado el momento, habrá que tomar decisiones sobre a qué país se asignan los fármacos o vacunas disponibles, y que probablemente tendrá que darse prioridad al personal sanitario y a los grupos de riesgo.