

Crisis sanitaria  global

MARÍA DE LA HUERTA ■ A Coruña

Álvaro Mena ■ Adjunto de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

“Nos consta alguna reinfección por Covid en A Coruña, aunque son muy infrecuentes”

“Pasar 20 días o más tumbado en una UCI y conectado a un respirador es una catástrofe a nivel de mortalidad y secuelas; mejor no tener que llegar a eso, aunque haya camas”

Aunque son muy poco frecuentes, los médicos del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (Chuac) han constatado “algún caso” de reinfección por Covid, asegura Álvaro Mena, adjunto del Servicio de Medicina Interna del centro de As Xubias, quien subraya la dificultad que supone, a veces, diferenciar una reinfección, “sobre todo si es muy temprana”, de una infección “no aclarada” — “se detecta carga viral aunque la persona esté sana o no manifieste síntomas” — e, incluso, de una reactivación del virus. “Sabemos que esta última circunstancia se puede dar con algunos virus, como el del herpes labial: la persona se contagia, el virus entra en su organismo y, en determinados momentos (cuando el huésped está inmunodeprimido o sufre, por ejemplo, un resfriado), se reactiva. No obstante, desconocemos si esto puede suceder con el SARS-CoV-2. Aún no hay suficientes datos”, expone el doctor Mena.

Lo que sí está claro es que la sombra de la Covid es alargada, y sus secuelas en algunos pacientes, sobre todo en los que sufrieron cuadros clínicos más graves e ingresaron en la UCI, pueden tardar semanas, e incluso meses, en desaparecer. Por eso el doctor Mena hace un llamamiento al “sentido común” y a la responsabilidad individual de los ciudadanos. En la tesitura actual, avisa, “no es posible plantearse una Navidad normal, si lo que entendemos por normal es juntarse veinte personas en una casa”. Las medidas tienen que ir encaminadas a evitar los contagios, y no a evitar que se llenen las UCIs. Aunque haya camas disponibles, pasarse varias semanas tumbado en una unidad de críticos con ventilación mecánica y recibiendo altas dosis de oxígeno a diario, es una catástrofe; mejor no tener que solucionar el problema así”, advierte.

Hace un par de semanas, el gerente del Hospital Juan Cardona de Ferrol informó de que una auxiliar de enfermería de ese centro que pasó la Covid en abril volvía a dar positivo. ¿Han detectado en el Chuac algún caso parecido?

Sí nos consta algún paciente reinfectado. Recuerdo uno o dos casos claros, porque a veces es difícil diferenciar una reinfección, sobre todo si es muy temprana, de una infección no aclarada o de una reactivación, algo que no sabemos todavía si puede suceder con el SARS-CoV-2, pero que sí pasa con otros virus, como el del herpes labial. Cuando sí se ha documentado claramente que se trata de una reinfección por Covid, nos encontramos ante pacientes que tuvieron viremia (virus detectable por PCR), posteriormente negativizaron y un tiempo después, volvieron a manifestar síntomas y a dar positivo en una PCR. Si además el primer virus y el segundo son filogenéticamente distintos, no habría ya ningún tipo de duda.

¿Ustedes han podido constatar esa diferencia?

En el hospital no estudiamos el virus, ese tipo de análisis se llevan a cabo en laboratorios de investigación, mediante cultivo viral. Requieren un nivel altísimo de seguridad, y por eso



El doctor Álvaro Mena, delante de una ambulancia, en el Hospital Universitario de A Coruña. // Victor Echave

“Tener una dolencia previa puede ser sufrir hipertensión o sobrepeso”

se realizan en muy pocos centros del mundo. Pero si hemos constatado al menos uno o dos casos de pacientes que tuvieron la infección por Covid —detectada mediante PCR—, desarrollaron síntomas, se fueron para sus casas —en el caso concreto que me viene ahora a la cabeza, para una residencia— y, tras confirmar que habían negativizado el SARS-CoV-2 en varias pruebas posteriores, volvieron a ingresar por síntomas compatibles con el coronavirus y a tener una PCR positiva, además, con bastante repli-

cación (CT), que es una medida indirecta de la carga viral. Cuando un enfermo tiene una CT baja, eso significa que probablemente su carga viral es elevada, y a la inversa.

¿La segunda infección produce siempre cuadros más leves?

Razonablemente, los síntomas de las reinfecciones deberían ser más leves, aunque en cuadros clínicos muy inflamatorios, como el que desencadena el SARS-CoV-2, a veces sucede al contrario.

Las reinfecciones por Covid son poco frecuentes, al contrario que las secuelas, que pueden tardar semanas, e incluso meses, en desaparecer, sobre todo en pacientes que estuvieron hospitalizados. ¿Cuáles son las más habituales?

Cansancio, malestar, a veces cefalea y, sobre todo, fatiga respiratoria o disnea (dificultad para respirar) con

los esfuerzos. El ingreso prolongado en UCI conlleva pérdidas importantes de masa muscular y causa debilidad. Nuestros compañeros de rehabilitación tienen mucha experiencia en el manejo de tipo de pacientes —porque los han seguido de cerca— y, con su trabajo, esos daños se acaban reparando. El problema respiratorio puede ser más complejo. Los enfermos que han estado más graves pueden sufrir fibrosis, que son como unas cicatrices o tejido engrosado y rígido que dificulta el correcto funcionamiento de los pulmones. Con fisioterapia respiratoria pueden mejorar, pero también es posible que haya un daño establecido que dificulte la recuperación total de la capacidad funcional respiratoria.

¿Cuál es su diagnóstico de la situación hospitalaria actual?

Mi percepción es que el impacto de esta segunda ola está siendo menor en términos numéricos, ya que en primavera llegamos a tener en torno a 260 hospitalizados por Covid, e ingresaban más enfermos en la UCI. Pero también hay que decir que la situación actual es totalmente diferente. La dinámica está siendo tratar de mantener la actividad del hospital. Ya paramos dos meses, en los que solo se realizaban cirugías muy urgentes, y no podemos volver a parar, porque cada vez que eso ocurre, aumenta la mortalidad por otras causas. No nos podemos dedicar solo al abordaje de la Covid y que luego la gente fallezca en sus casas de un infarto, que es una patología tratable, o se le detecte seis meses tarde una neoplasia que se podía haber diagnosticado en un estadio tratable. Eso para nosotros, como sanitarios, es una catástrofe, y la población lo tiene que entender así. A día de hoy, no hay colapso en el Chuac, pero sí estamos en un situación un poco límite. Y un empeoramiento de los números de la pandemia iría en detrimento del trabajo en otras áreas que no son Covid.

¿Ha variado el perfil de los enfermos con Covid ingresados en esta se-

gunda ola de la pandemia?

El perfil de los pacientes con coronavirus hospitalizados actualmente en el Chuac es similar al de la primera ola. La mayoría tiene más de 60 años, aunque no es raro ver a algunos enfermos más jóvenes, sobre todo si sufren otras patologías al margen de infección por Covid. No es el típico perfil de pacientes muy añosos, procedentes de instituciones sociosanitarias, que también los hay. Estoy hablando de gente de entre 65 y 70 años con una buena situación basal, que quizás se toman una pastilla al día para controlar la hipertensión o la diabetes, pero que tienen una calidad de vida estupenda y, sin embargo, acaban hospitalizados.

Cuando el Sergas informa sobre los decesos de pacientes con coronavirus, casi siempre se especifica que los fallecidos sufrían “patologías previas”...

Tener una patología previa no implica ser un enfermo con múltiples ingresos, con una vida basal limitada o estar incluido, por ejemplo, en un programa de oxígeno domiciliario. Que nadie se lleve a engaño. Una persona que toma una pastilla al día para controlar el colesterol alto la hipertensión o la diabetes, o que sufre sobrepeso, entra en esa etiqueta. Por eso hay que tener mucho cuidado. Y el cuidado no depende de la situación del hospital.

¿A qué se refiere?

A que a veces la atención se pone en si las UCIs están llenas o no, sin pensar en que pasar 20 días o más posturado en una cama y conectado a un respirador es una catástrofe a nivel de mortalidad y secuelas. Lo mejor es no tener que llegar a eso, aunque haya camas disponibles y los compañeros de esas unidades sean capaces de sacar adelante a buena parte de los enfermos. Por eso las medidas tienen que ir encaminadas a evitar el contagio y no a evitar que se llenen las UCIs.

¿Se banalizan ciertos aspectos de la pandemia?

Tengo la sensación de que, en ocasiones, se resta importancia a ciertas cuestiones médicas. Y el ingreso en una unidad de críticos no es un paseo. Por eso me gustaría hacer una llamada al sentido común y a la responsabilidad individual. Todos, también los más jóvenes, tenemos que ser muy cuidadosos para evitar el contagio del SARS-CoV-2. No se trata de señalar a nadie, solo debemos pensar en que todos podemos estar infectados y, por tanto, podemos transmitir el virus a otras personas. Y si no es posible plantearse una Navidad normal —si lo que entendemos por “normal” es juntarse veinte personas en una casa—, es lo que hay. En la tesitura actual, toca afrontar la vida de una manera diferente. No queda otra.

“Estamos cansados de que se politicen cuestiones sanitarias y decisiones técnicas”

“En esta segunda ola, los sanitarios estamos más cansados. La mochila pesa más, ya no tanto por el trabajo físico, pues no estamos sometidos a tantísima presión —tenemos más trabajo, obviamente, pero no nos encontramos en una situación de colapso—, pero hay un peso emocional”, destaca Álvaro Mena, y aclara: “Llevamos meses viendo cómo nuestro trabajo se

utiliza como arma social y política, y esto nos disgusta y nos incomoda. Los sanitarios somos bastante disciplinados, nadie espera de nosotros que nos pongamos en huelga en el peor momento, como hacen otros estamentos. Pero sí estamos un poco cansados de que las decisiones técnicas y las cuestiones sanitarias se politicen, porque eso no ayuda a que podamos

hacer bien nuestro trabajo. Estamos sometidos a más presión de la que tendríamos que recibir”, expone este especialista del Chuac, quien recuerda que “todas las sociedades científicas” del ámbito sanitario se han unido “por primera vez” para “pedir activamente que no se nos utilice y que, por favor, las decisiones técnicas sean tomadas por técnicos”.