

THE CONVERSATION

Rigor académico, oficio periodístico



Raquel Yotti, directora del Instituto de Salud Carlos III. ISCIII

Raquel Yotti: «No se puede diagnosticar a todos los pacientes con test de antígenos, la sensibilidad en asintomáticos es menor»

5 noviembre 2020 22:03 CET

Sergio Ferrer Pérez

Ciencia+Tecnología

Raquel Yotti

secretaria general de Investigación (Ministerio de Ciencia, Gobierno de España) y exdirectora, Instituto de Salud Carlos III

La directora del Instituto de Salud Carlos III, Raquel Yotti, es una de las caras más visibles de la pandemia en España. Considera que, cuando las hipótesis científicas se trasladan a la población, corren el riesgo de convertirse en “simplificaciones erróneas y peligrosas”. Además, asegura que las mutaciones del coronavirus han jugado un papel menor si se comparan con los factores sociales y sanitarios.

Su estudio de seroprevalencia estimó que el 5,2 % de los españoles había pasado la enfermedad a principios de mayo, si bien mostró grandes diferencias entre regiones. ¿Tenemos idea de cuánto ha cambiado ese porcentaje desde entonces?

No tendremos una estimación sólida hasta la siguiente ronda, cuyas pruebas empezarán a partir del 16 de noviembre. Hasta entonces solo sabemos que ha aumentado el número de casos confirmados, el resto son especulaciones. Sí hay que tener en cuenta que la diferencia entre casos estimados y confirmados era muy alta entonces. El estudio mostró que unos 2,3 millones de personas fueron infectadas, pero solo detectamos el 10 % de esa cantidad, unas 230 000. Por eso la letalidad [observada] no era real.

En esta segunda ola ha aumentado muchísimo el diagnóstico. No solo se identifican casos moderados y graves, también leves e incluso asintomáticos. ¿Estamos detectando el 100 %? Seguro que no, el Ministerio de Sanidad calcula entre un 40 y un 60 %. La cuarta ronda del estudio de seroprevalencia nos dirá qué porcentaje se escapa ahora.

¿Subestiman estos estudios el porcentaje de población inmunizada, al no tener en cuenta otros factores como la inmunidad celular?

No reconocer el papel que tiene la inmunidad celular es un error, pero hay que ponerlo en su justa medida. Esta, incluyendo una posible reactividad cruzada con otros virus, puede modular la gravedad de la enfermedad, pero posiblemente no evite la infección.

Además, no es posible tener una medida fiable de la inmunidad celular a nivel poblacional. Nosotros medimos anticuerpos circulantes, que nos dan una estimación de la magnitud real de la epidemia. Es posible que haya otros factores que hagan que el grado de inmunidad entre los españoles sea ligeramente superior o inferior, pero creemos que [nuestro estudio de seroprevalencia] da una imagen muy ajustada a la realidad.

En zonas como Madrid la seroprevalencia en mayo superaba el 10 %. ¿Es posible que se haya alcanzado la inmunidad de grupo en algún sitio desde entonces?

Cuando me lo preguntaban en verano explicaba que era un error pensarlo e incluso pretender hacerlo, porque el coste en vidas humanas era inasumible. Ahora tenemos ante nosotros la respuesta: si hubiera habido inmunidad de grupo no tendríamos una segunda onda epidémica como la que observamos.

Sí puede haber ocurrido el efecto contrario. Esto explicaría el rápido incremento de la transmisión en las últimas semanas en algunas provincias con un nivel [previo] de exposición menor y seroprevalencias muy bajas, donde existía un mayor porcentaje de población vulnerable.

La epidemiología molecular recompone la historia del coronavirus y de la pandemia, pero corre el riesgo de culpabilizar. ¿Cómo gestionar este tipo de investigaciones?

Las conclusiones biomédicas tienen mucha transcendencia, y más durante una pandemia. En el ISCIII hemos trabajado mucho en investigación e innovación responsable. Aquí la integridad científica no es solo que los datos sigan los compromisos éticos, sino que en su difusión se transmitan mensajes veraces que la población pueda entender. Son datos que tienen consecuencias desde el punto de vista de la vigilancia epidemiológica y la salud pública. Por eso, hasta que no publicamos esta semana en una revista un artículo que describe la primera onda epidémica no hemos hecho una nota de prensa para explicarlo.

¿Confundimos a los ciudadanos por culpa de las prisas? Recuerdo casos como la prepublicación que detectó SARS-CoV-2 en las aguas de Barcelona en marzo de 2019.

Totalmente de acuerdo, perdemos credibilidad y confundimos. Se hace con buena voluntad, pero son hipótesis que cuando se trasladan a la población se convierten en simplificaciones erróneas y peligrosas. Estoy segura de que muchos ciudadanos creen todavía que había coronavirus en Barcelona en marzo de 2019, porque es una noticia muy impactante. No me gustaría centrarlo en un artículo, porque por desgracia lo observamos con muchos. También pasó con la hidroxicloroquina. Hay una doble reflexión [que hacer], por parte de los investigadores y de la prensa.

¿Hemos olvidado que la información de salud pública, además de obtenerla, hay que gestionarla bien?

Efectivamente. [Al principio] podía entenderse porque se necesitaban respuestas rápidas y había confusión, pero ahora ya no es aceptable. Deberíamos haber aprendido y aprovechar lo ocurrido estos meses para identificar y acotar las prácticas que nos perjudican. Ahí tienen un papel clave los gabinetes de comunicación de los organismos públicos.

Un ejemplo reciente es una prepublicación que sugiere que la variante de coronavirus que domina hoy Europa surgió entre los temporeros extranjeros que trabajan en Aragón y Cataluña. ¿Qué opina de la cobertura nacional e internacional que ha recibido?

Es un *preprint* que tiene que pasar por el enriquecimiento de la evaluación. No solo por pares: en ciencia abierta te expones a la crítica de la comunidad académica en su conjunto. En este caso no ha dado tiempo a que otros investigadores digan si las muestras son representativas del país o si se hacen extrapolaciones, si hay muestras de todas las Comunidades Autónomas o faltan, si se han analizado todos los países europeos o fundamentalmente Reino Unido, Suiza y España... Las hipótesis que se plantean están muy bien como hipótesis, pero seamos prudentes y veamos primeo qué significa. Tampoco se conoce si la variante tiene un impacto en el curso clínico de la enfermedad y su transmisibilidad.

Un artículo de mayo desaconsejaba “sobreinterpretar los datos genómicos durante la pandemia”. A la hora de explicar la situación actual, ¿damos demasiada importancia al propio virus y sus mutaciones, cuando la clave se encuentra a nivel social y político?

Totalmente de acuerdo. Es algo que forma parte de los mensajes simplistas. Los ciudadanos están acostumbrados a la idea de un virus que muta, se vuelve muy malo, circula más y por eso estamos peor. Nos da incluso cierta tranquilidad. Es mucho más difícil transmitir mensajes complejos con los factores que afectan a la transmisión y el desarrollo de la enfermedad. Tiene más que ver con la estructura social y sanitaria, las características personales, la comorbilidad del paciente, la gestión del proceso asistencial, la situación de las residencias...

El coronavirus ya estaba adaptado al ser humano desde el primer momento y no hacen falta mutaciones para mejorar eso.

No tengo dudas de que el papel que ha jugado la mutabilidad de este virus ha sido menor en las consecuencias que ha tenido la pandemia. Es un virus joven y el grado de mutación que ha tenido hasta ahora no ha sido muy importante. La diferencia entre variante y cepa es tan difícil de explicar que ni siquiera los médicos entienden esa terminología y, en cualquier caso, tiene una trascendencia menor respecto al curso de la enfermedad.

Desde el Centro Nacional de Microbiología han coordinado estudios para validar la fiabilidad de los test de antígenos. ¿Qué opina de estas pruebas que tanta relevancia están ganando?

La fiabilidad es alta, pero la mayor parte de las personas en las que se han probado en condiciones reales tienen síntomas. En pacientes con síntomas, y dentro de los primeros cinco días, la fiabilidad es muy alta tanto en sensibilidad como en especificidad, que ronda el 100 %. Son una ventaja que permite diagnosticar una infección activa fuera de los hospitales de forma rápida y sin equipamiento complejo, siempre que se utilice en las condiciones adecuadas.

¿Cuáles son esas “condiciones adecuadas” que debemos tener en cuenta?

Los test antigénicos pueden tener problemas asociados, porque no se puede diagnosticar todo con ellos y tienen limitaciones. Sabemos que la sensibilidad en pacientes asintomáticos y entre contactos es menor. Esto posiblemente esté vinculado a varios factores como la carga viral, que disminuye la capacidad de detección si es baja. También a la dificultad de identificar ese período de cinco días en los que funcionan muy bien.

¿Cree que es buena idea que sean accesibles hasta el punto de venderse en farmacias?

Lo de las farmacias es muy complejo. En primer lugar, la extracción de la muestra de exudado nasofaríngeo que se requiere no es sencilla ni inmediata. En segundo lugar, tiene que existir una coordinación y un diagnóstico clínico. [El test] se tiene que indicar en coordinación estrecha con los servicios de salud y salud pública, y [dejando claro] quién se responsabiliza de un positivo y de las instrucciones a los pacientes. También evaluar y otras cuestiones como el impacto de falsos positivos y negativos.

Debe analizarse en profundidad antes de tomar la decisión rápida de utilizarlos fuera de los ambientes sanitarios para los que se han diseñado. Va más allá de que se pueda hacer: tienen que integrarse en el sistema sanitario y pensar en las repercusiones que tendrá para este.

¿Habrá gripe este año y, sobre todo, seremos capaces de detectarla?

La posibilidad [de que coincidan ambos virus en la población] está sobre la mesa. Algunos investigadores indican que las medidas contra la covid-19 pueden hacer que disminuyan otras enfermedades respiratorias, pero habrá que ver si es cierto. Debemos estar preparados. Por eso se está haciendo una campaña de vacunación reforzada para la gripe, porque hay que ponerse siempre en el peor de los escenarios.

A la hora de identificar la [temporada de] gripe hay un riesgo que quiero apuntar. Hasta ahora teníamos una red de vigilancia epidemiológica para la gripe que funcionaba extraordinariamente bien. En marzo, con el desmantelamiento de la atención primaria y la reubicación de recursos, esta red centinela también sufrió una disrupción muy importante. En este momento se trabaja para ponerla en marcha de nuevo, que funcione como antes y sirva para vigilar también la covid-19.

Como cardióloga, ¿qué opina de los estudios que sugieren que el coronavirus puede provocar daños en el corazón?

Creo que hay suficientes datos como para decir que hay algo. La solidez de los datos y el número de pacientes es pequeño, pero lo publicado apunta hacia un tropismo del virus en el tejido cardíaco. Cuando se produce inflamación sistémica, algo que no pasa en todas las infecciones por covid-19, el corazón puede estar involucrado como cualquier otro tejido. Aún no sabemos qué efecto podrá tener a medio y largo plazo, pero en algunos pacientes hay una afectación cardíaca que hay que estudiar.

La pregunta que están cansados de escuchar: ¿qué va a pasar en las próximas semanas y meses?

Se me da mal hacer predicciones, lo evito. Debemos aprender de los meses pasados, en los que algunas predicciones equivocadas se basaron en hipótesis y no en datos. Para hacer predicciones necesitamos datos: ahora mismo muestran un incremento muy rápido de la transmisión, pero en algunas partes como Madrid nos dicen que vamos a mejor.

Siempre hay que prepararse para el peor escenario, pero no cerrar los ojos a la posibilidad de que las medidas puedan funcionar y, en algún caso, estamos viendo que lo hacen. Siempre con la salvedad de si los datos nos muestran la realidad y ser prudentes con ello. Hay que verlos no día a día, sino de forma semanal o cada catorce días, teniendo en cuenta todas las salvedades de notificación que conocemos.

Si atendemos al impacto de la gripe en años anteriores, y al incremento muy rápido que vemos en muchas Comunidades Autónomas y países europeos, la situación es muy preocupante. Por otra parte, si datos como los de Madrid nos están mostrando la realidad sería mucho más optimista. Hay una enorme horquilla en la que todavía están todas las opciones abiertas.