

Carta abierta a Merkel de un infectólogo alemán sobre COVID-19

Un médico experto e íntegro le plantea cinco devastadoras preguntas a la canciller alemana sobre su absurdo bloqueo por el coronavirus...

Por Tyler Durden - 2 de abril de 2020

El Dr. Sucharit Bhakdi, El profesor emérito de Microbiología Médica de la Universidad Johannes Gutenberg, de Maguncia, publicó un vídeo en el que explica con calma porqué los cierres nacionales son un "suicidio colectivo".



Carta abierta

Apreciada Canciller,

Como emérito de la Universidad Johannes-Gutenberg de Maguncia y director durante mucho tiempo del Instituto de Microbiología Médica, me siento obligado a cuestionar críticamente las restricciones, de gran alcance en la vida pública, que estamos asumiendo actualmente para reducir la propagación del virus COVID-19.

No es expresamente mi intención restarle importancia a los peligros del virus, ni difundir un mensaje político. Sin embargo, considero que es mi deber hacer una contribución científica para poner en perspectiva los datos y hechos actuales y, además, hacer preguntas que corren el riesgo de perderse en el acalorado debate.

El motivo de mi preocupación radica sobre todo en las consecuencias socioeconómicas, verdaderamente imprevisibles, de las drásticas medidas de contención que se están aplicando actualmente en grandes partes de Europa y que también se practican ya a gran escala en Alemania.

Mi deseo es discutir críticamente —y con la necesaria previsión— las ventajas y desventajas de las restricciones en la vida pública, y los consiguientes efectos a largo plazo.

Para ello, me enfrento a cinco preguntas que no han sido suficientemente respondidas hasta ahora, pero que resultan indispensables para un análisis equilibrado.

Me gustaría pedirle que lo comente rápidamente y, al mismo tiempo, hacer un llamamiento al Gobierno Federal para que desarrolle estrategias que protejan eficazmente a los grupos de riesgo, sin restringir la vida pública en general y sin sembrar las semillas de una polarización social más intensa aún que la que ya se está produciendo.

Con el mayor de los respetos,

Prof. em. Dr. med. Sucharit Bhakdi

* * *

1. Estadísticas

En la infectología, fundada por el propio Robert Koch, se hace una distinción tradicional entre *infección* y *enfermedad*. Una enfermedad requiere una manifestación clínica. Por lo tanto, **sólo los pacientes con síntomas como fiebre o tos deben ser incluidos en las estadísticas como nuevos casos**.

En otras palabras, una nueva infección, —medida por la prueba COVID-19—, no significa necesariamente que estemos tratando con un paciente que acabe de enfermar y que necesite una cama de hospital. Sin embargo, actualmente se supone que el cinco por ciento de todas las personas infectadas se enferman gravemente y requieren ventilación. Las proyecciones basadas en esta estimación sugieren que el sistema de salud podría quedar sobrecargado.

Mi pregunta:

¿Las proyecciones hicieron una distinción entre las personas *infectadas sin síntomas* y los pacientes *enfermos reales*, es decir, las personas que desarrollan síntomas?

2. Peligrosidad

Durante mucho tiempo se han estado detectando diversos coronavirus, en gran parte sin ser notados por los medios de comunicación. Si resultase que al virus COVID-19 no se le atribuye un riesgo potencial significativamente mayor que el que puedan tener los coronavirus ya conocidos, todas las contramedidas serían obviamente innecesarias.

La mundialmente reconocida revista internacional de Agentes Antimicrobianos (*Journal of Antimicrobial Agents*) publicará en breve un artículo que aborda exactamente esta cuestión. Los resultados preliminares del estudio pueden verse ya hoy, y llevan a la conclusión de que el nuevo virus NO es diferente de los coronavirus tradicionales en cuanto a su peligrosidad. Los autores lo expresan en el título de su artículo "SARS-CoV-2: Miedo versus Datos".

Mi pregunta:

¿Cómo se compara la actual carga de trabajo de las UCIs, con pacientes a los que se les ha diagnosticado COVID-19, con otras infecciones por coronavirus?, y ¿hasta qué punto se tendrán en cuenta estos datos en la futura toma de decisiones del gobierno federal? Además, en la planificación llevada a cabo hasta ahora, ¿se ha tenido en cuenta el estudio anterior?

Por supuesto aquí también, "diagnosticado" significa que es este virus el que juega un papel *decisivo* en el estado de la enfermedad del paciente, y no las enfermedades previas que tengan un papel mayor en su estado.

3. Diseminación

Según un informe del *Süddeutsche Zeitung*, ni siquiera el muy citado Instituto Robert Koch sabe exactamente hasta qué punto las pruebas analizan el COVID-19. Sin embargo, es un hecho que recientemente se ha observado un rápido aumento en el número de casos en Alemania, a medida que ha aumentado el volumen de pruebas realizadas.

Por lo tanto, es razonable sospechar que el virus ya se ha propagado inadvertidamente en la población sana. Esto tendría dos consecuencias:

- en *primer* lugar, significaría que la tasa de mortalidad oficial —el 26 de marzo de 2020, por ejemplo, hubo 206 muertes sobre alrededor de unas 37.300 infecciones, o sea, el 0,55 por ciento— es demasiado alta; y
- en *segundo* lugar, significaría que difícilmente se podría evitar que el virus se propagara en la población sana.

Mi pregunta:

¿Ha habido ya una *muestra aleatoria* de la población general *sana* para validar la propagación real del virus, o está prevista en un futuro próximo?

4. Mortalidad

El temor a un aumento de la tasa de mortalidad en Alemania (actualmente del 0,55 por ciento) es actualmente objeto de una atención mediática especialmente intensa. A mucha gente le preocupa que pueda dispararse como en Italia (10 por ciento), y España (7 por ciento), si no se actúa a tiempo.

Al mismo tiempo, en todo el mundo se está cometiendo el error de informar de las muertes relacionadas con el virus tan pronto como se establece que *'el virus estaba presente'* en el momento de la muerte, independientemente de otros factores. Esto viola un principio básico de la infectología: **sólo cuando se tiene la certeza de que un agente ha desempeñado un papel importante en la enfermedad o la muerte se puede hacer un diagnóstico**.

La Asociación de Sociedades Médicas Científicas de Alemania escribe expresamente en sus directrices: *"Además de la causa de la muerte, debe indicarse una cadena causal, con la correspondiente enfermedad subyacente en tercer lugar en el certificado de defunción. Ocasionalmente, las cadenas causales de cuatro eslabones también deben ser declaradas"*.

En la actualidad no hay información oficial acerca de si, por lo menos en retrospectiva, se han realizado análisis más críticos de los registros médicos para determinar *cuántas muertes fueron realmente causadas por el virus*.

Mis preguntas:

¿Alemania ha seguido simplemente esta tendencia generalizada de 'sospecha' de COVID-19? Y:
¿Se tiene la intención de continuar esta categorización no crítica, como en otros países?
¿Cómo, entonces, se puede distinguir entre las genuinas muertes relacionadas con el coronavirus, y la presencia *accidental* del virus en el momento de la muerte?

5. Comparabilidad

La atroz situación de Italia se utiliza repetidamente como escenario de referencia. Sin embargo, el verdadero papel del virus en ese país no está nada claro por muchas razones, no sólo porque los puntos 3 y 4 anteriores también se apliquen allí, sino también porque existen excepcionales factores externos que hacen que estas regiones sean especialmente vulnerables.

Uno de estos factores es el aumento de la contaminación atmosférica en el norte de Italia. Según las estimaciones de la OMS, esta situación, incluso sin el virus, provocó en 2006 más de 8.000 muertes adicionales anuales, solamente en las 13 ciudades más grandes de Italia. [7] Desde entonces la situación no ha cambiado significativamente. [8] Por último, se ha demostrado también que la contaminación del aire aumenta en gran medida el riesgo de enfermedades pulmonares virales, tanto en personas muy jóvenes como en personas de edad avanzada. [9]

Además, el 27,4 por ciento de la población especialmente vulnerable de ese país convive con jóvenes, y en España el porcentaje llega al 33,5 por ciento. En Alemania, la cifra es sólo del siete por ciento [10]. Además, según el Prof. Dr. Reinhard Busse, jefe del Departamento de Gestión de la Atención de la Salud de la Universidad Técnica de Berlín, Alemania está significativamente mejor equipada que Italia en términos de unidades de cuidados intensivos - por un factor de casi 2,5 [11].

Mi pregunta:

¿Qué esfuerzos se están haciendo para que la población tome conciencia de estas diferencias elementales, y para que la gente entienda que escenarios como los de Italia o España no son realistas aquí?

[*Carta original en alemán en PDF.*](#)