

Prof. em. Dr. med. Sucharit Bhakdi

Canciller Federal Dr. rer. nat. Angela Merkel
Cancillería Federal
Willy-Brandt-Straße 1
10557 Berlín

Kiel, 26 de marzo de 2020

Carta abierta

Muy estimada Señora Canciller Federal,

Como emérito de la Universidad Johannes-Gutenberg de Maguncia y durante muchos años director del Instituto de Microbiología e Higiene Médica de esa ciudad, 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 explícitamente mi intención restarle importancia a los peligros del virus o difundir un mensaje político. Sin embargo, considero que es mi deber hacer una contribución científica para poner en perspectiva la situación actual de los datos, poner en perspectiva los hechos que conocemos hasta ahora, y también 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 en gran escala en Alemania.

Mi deseo es discutir críticamente -y con la necesaria prudencia- las ventajas y desventajas de restringir la vida pública y los efectos resultantes a largo plazo.

Para ello, me planteo cinco preguntas que aún no han sido respondidas adecuadamente, pero son indispensables para un análisis equilibrado.

Por la presente le pido un rápido pronunciamiento y al mismo tiempo hago 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 de la sociedad aún más intensa de la que ya se está produciendo.

Con el mayor de los respetos,

firma eliminada

Prof. em. Dr. med. Sucharit Bhakdi

1. Estadística

En la infecciología, fundada por el propio Robert Koch, tradicionalmente se hace una distinción entre infección y enfermedad. Una enfermedad requiere una manifestación clínica. [1] 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 recién enfermo que necesita 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 estar sobrecargado.

Mi pregunta: ¿En las proyecciones se diferenció entre las personas infectadas sin síntomas y los pacientes enfermos reales, es decir, las personas que desarrollan síntomas?

2. Peligrosidad

Varios coronavirus han estado circulando durante mucho tiempo, en gran parte sin ser notados por los medios de comunicación. [2] Si resultara que al virus COVID-19 no se le pudiera atribuir un potencial de riesgo significativamente mayor que el de los virus corona ya en circulación, todas las contramedidas serían obviamente innecesarias.

La internacionalmente reconocida „*International Journal of Antimicrobial Agents*“ publicará pronto un documento que aborda exactamente esta cuestión. Los resultados preliminares del estudio ya se pueden ver hoy en día y llevan a la conclusión de que el nuevo virus NO es diferente de los tradicionales virus corona en términos de peligro. Los autores lo expresan en el título de su artículo «SARS-CoV-2: Miedo versus Datos». [3]

Mi pregunta: ¿Cómo resulta la comparación de la utilización actual de las Unidades de Cuidados Intensivos con pacientes diagnosticados con COVID-19 con otras infecciones por coronavirus, y en qué medida se tendrán en cuenta estos datos en la futura toma de decisiones del gobierno federal? Además: ¿Se ha tenido en cuenta el estudio anterior en lo planificado hasta ahora? Aquí también, por supuesto, debe ser válido: Diagnosticado significa que el virus juega también un rol decisivo en el estado de la enfermedad del paciente, y no que las enfermedades previas jueguen un papel más importante.

3. Propagación

Según un informe del *Süddeutsche Zeitung*, ni siquiera el muy citado Instituto Robert Koch sabe exactamente cuánto se testea para COVID-19. Sin embargo, es un hecho, que recientemente se ha observado en Alemania, que el número de casos ha aumentado rápidamente a medida que aumenta el volumen de las pruebas. [4] 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 en alrededor de 37.300 infecciones, o

el 0,55 por ciento [5] – es demasiado alta; y en segundo lugar, significaría que casi no sería posible impedir que el virus se propagara en la población sana.

Mi pregunta: ¿Se ha hecho ya una muestra aleatoria de la población general sana para validar la propagación real del virus, o está esto previsto 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 infecciología: 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, se deben dar cadenas causales de cuatro eslabones». [6]

En la actualidad no hay información oficial sobre si, al menos en retrospectiva, se han realizado análisis más críticos de los registros médicos para determinar cuántas muertes se debieron realmente al virus.

Mi pregunta: ¿Alemania ha seguido simplemente la tendencia a la sospecha general de COVID-19? Y: ¿se tiene la intención de continuar esta categorización acrítica como en otros países? ¿Cómo, entonces, se puede distinguir entre las muertes verdaderamente relacionadas con el Corona y la presencia fortuita de un 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 también se aplican aquí, sino también porque existen factores externos excepcionales que hacen que esas 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 más de 8.000 muertes adicionales por año en 2006 en las 13 ciudades más grandes de Italia solamente. [7] La situación no ha cambiado significativamente desde entonces. [8] Por último, también se ha demostrado más allá que la contaminación del aire aumenta en gran medida el riesgo de enfermedades pulmonares virales en personas muy jóvenes y de edad avanzada. [9]

Además, el 27,4 por ciento de la población especialmente vulnerable de este país vive con jóvenes, en España incluso el 33,5 por ciento. En Alemania, la cifra es sólo del siete por ciento [10].

A esto se agrega, según el Prof. Dr. Reinhard Busse, jefe del Departamento de Gestión de la Salud de la Universidad Técnica de Berlín, Alemania está mucho mejor equipada que Italia en términos de unidades de cuidados intensivos – por un factor de alrededor de 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?

Traducido desde el alemán para *piensaChile*: Martin Fischer

Fuente: [*SWPRS*](#)

Referencias:

- [1] Fachwörterbuch Infektionsschutz und Infektionsepidemiologie. Fachwörter – Definitionen – Interpretationen. Robert Koch-Institut, Berlin 2015.
https://www.rki.de/DE/Content/Service/Publikationen/Fachwoerterbuch_Infektionsschutz.html (abgerufen am 26.3.2020)
- [2] Killerby et al., Human Coronavirus Circulation in the United States 2014–2017. *J Clin Virol.* 2018, 101, 52-56
- [3] Roussel et al. SARS-CoV-2: Fear Versus Data. *Int. J. Antimicrob. Agents* 2020, 105947
- [4] Charisius, H. Covid-19: Wie gut testet Deutschland? Süddeutsche Zeitung. <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/covid-19-coronavirus-testverfahren-1.4855487> (abgerufen am 27.3.2020)
- [5] Johns Hopkins University, *Coronavirus Resource Center.* 2020, <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (abgerufen am 26.3.2020)
- [6] S1-Leitlinie 054-001, Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau. *AWMF Online*, https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/054-002I_S1_Regelnzur-Durchfuehrung-der-aerztlichen-Leichenschau_2018-02_01.pdf (abgerufen am 26.3.2020)
- [7] Martuzzi et al. Health Impact of PM10 and Ozone in 13 Italian Cities. World Health Organization Regional Office for Europe. WHOLIS number E88700 2006
- [8] European Environment Agency, *Air Pollution Country Fact Sheets 2019*, <https://www.eea.europa.eu/themes/air/country-fact-sheets/2019-country-factsheets> (abgerufen am 26.3.2020)
- [9] Croft et al. The Association between Respiratory Infection and Air Pollution in the Setting of Air Quality Policy and Economic Change. *Ann. Am. Thorac. Soc.* 2019, 16, 321–330.
- [10] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Living Arrangements of Older Persons: A Report on an Expanded International Dataset (ST/ESA/SER.A/407). **2017**
- [11] Deutsches Ärzteblatt, Überlastung deutscher Krankenhäuser durch COVID-19 laut Experten unwahrscheinlich, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111029/Ueberlastung-deutscherKrankenhaeuser-durch-COVID-19-laut-Experten-unwahrscheinlich> (abgerufen am 26.3.2020)