

El primer caso de coronavirus en España no fue el de un alemán de vacaciones en La Gomera, como la mayoría de españoles recuerda. Muchos días antes de aquel 31 de enero, el virus ya había atravesado de forma silenciosa las fronteras nacionales. Los nuevos datos publicados por el Ministerio de Sanidad así lo reflejan. El 1 de enero había al menos siete personas en España con coronavirus, cinco de ellas ingresadas en hospitales de diferentes comunidades: Madrid, Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana y Galicia. Y durante esas primeras semanas del año no fueron las únicas.

Lo atestigua la serie histórica revisada que este jueves publicó por primera vez al [completo](#) el Ministerio de Sanidad, tras el último cambio de criterio en el que se añadieron al balance no solo los casos con prueba diagnóstica, sino también los que cumplían con un criterio clínico muy alto de ser Covid en las primeras semanas de la pandemia. Según estos nuevos datos, en las dos primeras semanas de enero, hubo 110 personas hospitalizadas con Covid, además de otros 3 contagiados. Para cuando terminó el mes, eran 223 hospitalizados con Covid y otros 9 casos detectados. No hubo ninguna muerte.

Expertos consultados por ABC, como Sergi Trias-Llimós, que lideró el equipo de científicos que criticó en «The Lancet» el caos de los datos, piden tomar esta nueva serie histórica con precaución. Sigue habiendo datos chocantes. El día 2 de enero, por ejemplo, figuran 47 hospitalizados en Cataluña con coronavirus, y apenas dos un día después. «Desgraciadamente [los datos de los que disponemos] no son todo lo ajustados y precisos que sería ideal, pero dan pistas de lo que ha pasado», valora José María Martín-Moreno, doctor en Epidemiología por la Universidad de Harvard y catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Valencia.

Aun así, no es la primera vez que los datos ubican en el 1 de enero los primeros casos de coronavirus en España. La [Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica](#) (Renave) del Instituto Carlos III también lo refleja desde hace meses y, en su caso, cifra en tres los casos a 1 de enero, y hasta 70 los positivos de ese mes.

Cambio de discurso

Los últimos datos han provocado un cambio de discurso en el director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Fernando Simón. Preguntado el pasado 11

de junio por el balance de Renave, pedía «tener cuidado con las interpretaciones» y apuntaba a que era pronto para saber si se trataba de un «error» y que estaban tratando de verificar los datos. De hecho, apuntaba a que «en cuanto a los datos del 1 de enero, lo cierto es que en la base de datos también aparece algún caso de 2019, es más, aparece también un caso del 11 del 11 de 1111».

Cinco meses después, Simón ya no apunta a que los datos sean erróneos, aunque ahora les quita importancia diciendo que «no son nuevos». «Hubo algunos casos que tuvieron síntomas en enero, pero que no fueron diagnosticados hasta mucho más tarde», dijo hace unos días. A continuación, detalló que los casos incorporados a la serie histórica corresponden a personas que tenían cuadros compatibles con coronavirus, pero no se diagnosticaron «porque no había pruebas el 1 de enero en ninguna parte del mundo». «Una vez que se tuvieron los kits de diagnóstico, los médicos que los habían tratado, con un cuadro de neumonía atípico y extraño, los diagnosticaron a posteriori», dijo. Otros casos corresponden a personas que podían estar ingresadas antes, pero que fueron diagnosticadas después, cuando hubo disponibles pruebas.

Llegada a España

«Esto cambia lo que sabíamos oficialmente, pero creo que cuadra con lo que era de esperar. No se impusieron restricciones de viajes ni de fronteras hasta mucho más tarde, y es por tanto de esperar que llegaran infecciones en enero. Datos de varios estudios -incluyendo nuestra publicación en BMJ Open- ya sugerían la presencia de transmisión comunitaria en Cataluña a principios de febrero», valora Daniel Prieto Alhambra, investigador de la Universidad de Oxford, cuyo estudio se centró en el inusual incremento de diagnósticos de gripe por esas fechas. El farmacoepidemiólogo ve «imposible» saber la fecha exacta en la que el virus pudo llegar a España, aunque sí le da «cierto margen de confianza» a que lo hizo a finales de diciembre o enero.

Martín-Moreno ve «cada vez más verosímil» que hubiera contagios a finales de diciembre. «Esa hipótesis se refuerza cuando revisamos los casos europeos y los nuevos hallazgos», explica. Hasta ahora se pensaba que la primera transmisión de persona a persona dentro de Europa había sido la de un alemán contagiado a partir de un compañero chino que visitó Alemania entre el 19 y el 22 de enero. También se creía que los primeros casos de coronavirus en Francia fueron tres, confirmados el 24 de enero. De ellos, dos se habrían contagiado directamente en Wuhan -donde el brote fue detectado por primera vez- y el tercero era un familiar cercano. «Pues bien, ahora se conoce que un paciente tratado en un hospital cercano a París el 27 de diciembre por sospecha de neumonía, tenía en realidad el coronavirus SARS-CoV-2, según los análisis confirmados de las muestras que se conservaron del paciente

y que se han re-examinado recientemente», cuenta el epidemiólogo. Ese paciente francés no había salido de Francia antes de enfermar, pero su esposa trabajaba en un supermercado cerca del aeropuerto Charles de Gaulle.

También Joan Caylà, miembro de la Sociedad Española de Epidemiología, recuerda cómo muchos países siguen investigando el momento en el que el coronavirus saltó de los animales a los humanos y comenzó a circular. El jefe del Servicio de Epidemiología de la Agencia de Salud Pública de Barcelona se remite a un estudio publicado esta misma semana del Instituto de Tumores de Milán y la Universidad de Siena (Italia), que asegura que el Sars-CoV-2 circulaba en Italia en septiembre de 2019, casi seis meses antes de que en febrero se detectaran los primeros contagios en Codogno. «Es posible que muchos casos Covid pasaran como gripe» en aquellas fechas, dice Caylà.

Fuente: ABC

El detalle que puede complicar a las vacunas de Moderna y Pfizer

Si bien las vacunas desarrolladas por Moderna y por Pfizer fueron celebradas por su efectividad, la necesidad de almacenarlas a temperaturas extremadamente bajas para que no se dañen puede significar un problema a la hora de distribuirla entre millones de pacientes.

Las últimas comunicaciones públicas sobre la [efectividad de las vacunas contra COVID-19](#) desarrolladas por el laboratorio estadounidense Moderna y la asociación de la estadounidense Pfizer con la alemana BioNTech —de 94,5% en el caso de la primera y 95% en la segunda— fueron recibidas por el mundo como una gran noticia. Sin embargo, el dato se contrapesa con las dificultades que una distribución masiva de esas vacunas podría representar.

Las dos vacunas están basadas en la técnica conocida como **ARN-mensajero**, que utiliza moléculas de ácido ribonucleico (ARN) del virus SARS-CoV-2 para propiciar que el cuerpo produzca las proteínas necesarias para poder combatir el virus.

Pero es justamente esta tecnología la que obliga a que la aplicación de estas vacunas esté

acompañada de meticulosas precauciones para evitar que el ARN se dañe y, por tanto, las dosis pierdan toda su efectividad.

En efecto, el ARN mensajero utilizado por la vacuna se destruye a temperatura ambiente, por lo que debe ser almacenado necesariamente a temperaturas muy bajas. Según un artículo de la revista Vox recogido por Smithsonian Magazine, la vacuna de Moderna exige una temperatura de almacenamiento de 20 grados bajo cero mientras la de Pfizer/ BioNTech debe guardarse a 70 grados bajo cero.

La razón de esto, explican los científicos, es que a tan bajas temperaturas las **reacciones químicas que dañan al ARN** suceden más lento.

Así las cosas, las autoridades sanitarias de los países se ven enfrentados al problema de definir mecanismos de distribución y logísticas para asegurar que las vacunas puedan ser resguardadas como se debe. Si bien esto suele hacerse con todas las vacunas, la gran cantidad de población a vacunar contra el COVID-19 significará un desafío a la hora de almacenar dosis en hospitales pequeños o alejados de las ciudades, generalmente los que tienen menor equipamiento.

El hecho de que tanto la vacuna de Moderna como la de Pfizer deban ser aplicadas en dos dosis agrega otra capa de complejidad. En ambos casos, las dosis deben ser aplicadas con semanas de diferencia, por lo que cada vacunatorio tendrá que tener la posibilidad de almacenar debidamente las vacunas necesarias.

Hospital israelí apuesta por la vacuna rusa Sputnik V

Rosa Bronstein

TEL AVIV (Sputnik) — El hospital Hadasa en Jerusalén va camino de convertirse en un laboratorio de pruebas y distribuidor regional de la vacuna anti-COVID rusa Sputnik V, mientras el director del hospital y promotor de la iniciativa es criticado por algunos expertos que sugieren

que antepone consideraciones económicas a las sanitarias.

Mientras el Gobierno israelí ha anunciado que está negociando la compra de la vacuna rusa, y también las de las farmacéuticas Moderna y Pfizer de Estados Unidos, el hospital universitario de Hadasa Ein Karem, en Jerusalén, ya ha hecho un pedido de un millón y medio de dosis de Sputnik V.

El director del hospital, Zeev Rotstein, ha manifestado públicamente en diversas ocasiones su entusiasmo por la vacuna rusa e informó que había firmado un memorándum de entendimiento, primero, y después un contrato: "Lo que significa que seremos un centro de distribución de la vacuna, probablemente no solo para Israel, sino para toda la zona", aseguró Zeev Rotstein al diario Haaretz.

Rotstein quiere, además, lograr algo osado: que Israel apruebe independientemente la vacuna sin esperar el permiso de las organizaciones internacionales tradicionales, particularmente de la Administración de medicamentos y alimentación estadounidense (FDA, por sus siglas en inglés). Para acelerar el proceso y también porque cree que la **FDA dará prioridad a las vacunas estadounidenses frente a la rusa**

.

El dinero

Rotstein dice confiar en todo el proceso por conocerlo de primera mano: en Moscú hay un hospital que opera bajo supervisión de Hadasa y trabaja con los ensayos clínicos: "Hadasa está representada en Moscú. Hemos participado en [la fase 3](#) de los ensayos clínicos y nuestro equipo vio con sus propios ojos que a los voluntarios no les salieron cuernos", dijo en una entrevista con el diario israelí.

Hadasa, de capital privado pero cuyos pacientes son financiados principalmente por el erario público, sufrió una crisis financiera en 2014 de la que aún no se ha recuperado, y algunos de los críticos del entusiasmo por **Sputnik V** sospechan que Rotstein está anteponiendo consideraciones económicas a las sanitarias.

Rotstein indicó que la prioridad en la inoculación serán las personas que lo necesiten de manera más urgente, incluyendo población en riesgo y sanitarios, y que después de ellos la vacuna sería ofrecida al público general en un sistema de pago por dosis. "Vivimos en un país capitalista, tenemos que financiar lo que hacemos, y la vacuna será otra actividad médica", dijo Rotstein al diario Times of Israel.

Hadasa ha comunicado además que pretende hacer la compra con dinero de inversores y que la adquisición no afectará a los costes operativos del centro.

Rotstein indicó que desde hace meses preveía que Rusia sería el primer país en lograr el compuesto anti-COVID y que era preferible avanzar con un acuerdo privado hasta que el Gobierno israelí decidiera emprender negociaciones, si es que lo decidía.

Y así hizo. El primer ministro israelí, Benjamin Netanyahu, habló con el presidente ruso, Vladímir Putin, sobre la posibilidad de la compra de vacunas cinco días después de la divulgación de los datos iniciales que sugerían que la Sputnik V era [eficaz en un 92%](#) .

Parte de lo que convenció a Rotstein para empujar a Israel a negociar para adquirir la inyección rusa se debe al hecho de que es una vacuna Vector, lo que significa que utiliza tecnología tradicional para aprovechar las instrucciones genéticas de un virus animal inofensivo, con el fin de pasarlas a las células humanas. Las otras dos vacunas candidatas, la de Pfizer y la de Moderna, utilizan tecnología de innovadora mRNA, pero hasta ahora no testada. Rotstein cree que Israel debería tener una provisión de diversas vacunas, tanto con la tecnología familiar como con la pionera.

Dilemas

"Las dudas que suscita este interés por la vacuna rusa es que, en países con menor transparencia y menor supervisión —como en Israel se percibe a Rusia—, los procesos médicos son más rápidos porque los estándares son menos rígidos que en EEUU, por ejemplo", explicó a Sputnik el médico internista Rani Barena.

Según el galeno, "la justificación para la velocidad y saltarse protocolos es la plaga y por eso se hace de ese modo y tal vez sea legítimo, pero entiendo que hay muchas personas que no están tranquilas".

Los expertos convienen en que Israel no tiene los mecanismos necesarios para comprobar el riesgo y adecuación de un medicamento como sí los tiene la FDA, "y eso es arriesgado", dijo Barnea. "Y, a pesar de todo, tal vez sea un riesgo que haya que tomar".

Rotstein ha insistido en que sus motivaciones son puramente médicas: "Hay acusaciones de que estamos haciendo dinero con esto, o haciendo publicidad, pero la realidad es que estamos preocupándonos por las personas", dijo en la entrevista.