

**LA ESPUELA. NEUMÓLOGO DEL HOSPITAL RÍO HORTEGA DE VALLADOLID Y MIEMBRO DEL COMITÉ DE EXPERTOS DEL COVID.** Le ha sorprendido el episodio de polvo africano tan poco habitual en estas latitudes, pero no prevé que haya gran impacto en la salud. Le preocupa más la contaminación de los tubos de escape: «La OMS ha revisado las recomendaciones a la baja, tenemos que concienciarnos», advierte.

SANTIAGO G. DEL CAMPO

**Pregunta.**— Esta semana nos ha visitado el fenómeno de la calima, al que no estamos acostumbrados. ¿Cómo puede afectarnos? ¿En qué se diferencia de la contaminación habitual?

**Respuesta.**— Se trata de partículas en suspensión. En algunas guías está considerada como contaminación ambiental y en otras no. Son partículas gruesas, polvo. Lo importante es su composición, distinta a la de las partículas generadas por los motores de combustión. Se trata de partículas sólidas que provienen del suelo. Se quedan suspendidas en el aire y tienen carbonatos, algunos metales, pero no tienen los componentes de los motores de combustión, que son compuestos orgánicos volátiles, con más poder oxidativo y con radicales libres.

Las partículas de la calima tienen un efecto más irritante. Son de tamaño grueso, menores de diez micras, pero las otras son a veces menores a 2,5 micras. Esas partículas, mucho más finas, que son las que producen los motores de combustión, la contaminación normal, sí que llegan a los alveolos pulmonares, pasan a la sangre y tienen muchos más efectos cancerígenos, entre otros.

Las de los motores de combustión tienen un efecto más inflamatorio, y estas más irritante. Sí que es verdad que, como llevan metales y pueden llevar algunos hongos y microorganismos, porque son del suelo, pueden tener efectos irritantes y de tipo alérgico, por ejemplo para el que tenga alergia al metal. Además, no deja de ser una sustancia que irrita los ojos, la garganta y la vía aérea gruesa, la tráquea y los bronquios. A la gente que tiene asma o epoc sí le puede producir broncoespasmo, una reacción de los bronquios a la inhalación del polvo. Supongo que el que padezca conjuntivitis, ojo seco o tiende a tener faringitis seca también va a estar con la garganta irritada.

Por eso estamos más o menos de acuerdo la comunidad científica en que se tomen medidas de precaución, sobre todo la gente susceptible, para que intenten evitar la inhalación de mucho volumen de partículas. Se recomienda tener las ventanas cerradas, no hacer deporte al aire libre, y llevar mascarillas.

**P.**— Estos días han sido doblemente aconsejables las mascarillas.

**R.**— La mascarilla previene bien la inhalación de estas partículas, porque las filtra muy bien. Yo recomendaría a los pacientes con enfermedades respiratorias de tipo asma o epoc que se protejan de este polvo. En este colectivo el uso de las mascarillas es bastante útil.

**P.**— ¿Han tenido muchos casos de afecciones causadas por la calima en el Hospital?

**R.**— A día de hoy no, la situación en planta es normal. No hemos tenido un aumento de ingresos, pero lo podemos comenzar a notar en los próximos

## TOMÁS RUIZ ALBI

### «LA MASCARILLA PREVINO AFECCIONES POR LA CALIMA, ES PRONTO PARA QUITARLA»



J. M. LOSTAU

días, porque hay experiencias de que en la inhalación de partículas, la respuesta de la vía aérea se puede producir con lo que llamamos un lap, un decalaje de días. Puedes inhalar la partícula hoy y tener que acudir a Urgencias al tercer o cuarto día.

**P.**— El fenómeno tal y como se ha producido está fuera de lo habitual...

**R.**— Yo no lo he conocido. En Canarias, que allí es más frecuente, tampoco están llenos los servicios de Urgencias. Por eso no esperamos que tenga incidencia hospitalaria. Quizá pueda producir sintomatología leve.

**P.**— Volviendo a las mascarillas, y como miembro del Comité de Expertos del Covid, ¿sería bueno quitárselas ya o debemos seguir llevándolas?

**R.**— Es una decisión difícil. Estos días estamos viendo que la incidencia no termina de bajar, y que en países del entorno como puede ser Reino Unido están en las mismas circunstancias. Sí que es verdad que estamos notando un descenso en la tasa de hospitalización, que está bajando.

**P.**— ¿El Covid va siendo más leve?

**R.**— Sí, porque da la sensación de que se mantiene una tasa de incidencia de en torno a 500 en la ca-

lle, y la tasa de hospitalización, comparándola de semana en semana, va bajando. La situación ahora en los hospitales es buena. Hay menos pacientes en UCI y en planta y hay casos de personas que ingresan por otra patología, por ejemplo por una fractura de cadera o una apendicitis, y al llegar a Urgencias se le hace la prueba del Covid y sale positivo. Él no ha ido por el Covid pero entra en la estadística. No está enfermo de Covid, pero cuenta como caso ingresado.

**P.**— ¿Ha sido la vacunación menos efectiva de lo que se esperaba?

**R.**— La vacunación es lo que ha supuesto un cambio radical en la evolución del Covid.

**P.**— ¿Se siguen utilizando aquellos primeros medicamentos como la dexametasona?

**R.**— La seguimos utilizando en pacientes graves. Y hemos incorporado recientemente al arsenal anticuerpos monoclonales, intravenosos, indicados en pacientes antes de tener una afección grave, o en pacientes que son incapaces de generar anticuerpos. Hemos ido incorporando medicamentos. Todavía no te-

nemos a disposición los antivirales, pero están a punto de llegar.

**P.**— ¿Y este antiviral es efectivo?

**R.**— Parece que administrado en las fases iniciales sí. Como todos los antivirales, cuanto antes lo uses, mejor.

**P.**— ¿Pasará pronto la pandemia?

**R.**— Hay que estar pendiente. Con el Covid nos hemos llevado sorpresas. Quién iba a pensar que íbamos a tener seis olas, y que íbamos a tener una ola con la población vacunada... Es verdad que con menos ingresos, pero con la cantidad de casos que ha habido, al final sí que ha tenido un impacto en los hospitales. Por eso ahora estamos con más prudencia, para ver si realmente esta ha sido la última ola, o no. A lo mejor hay que esperar un poco más para quitarse las mascarillas, a ver cómo va evolucionando la incidencia. Por ahora baja muy despacio.

**P.**— El Comité de Expertos fue algo muy polémico, como las medidas políticas tomadas con el Covid. Había quien decía que no existía. ¿Ha funcionado bien?

**R.**— Creo que ha funcionado bien. El Comité de Expertos ha sido un órgano consultivo y ese ha sido nuestro

papel. A nosotros se nos ha consultado, y de hecho las actas son públicas.

**P.**— ¿Y se les ha hecho caso?

**R.**— Yo creo que sí. En algunas recomendaciones más que en otras. Hay que tener en cuenta que hay muchos intereses sociales que nosotros no controlamos, nosotros somos de perfil sanitario.

Es verdad que al principio había mucha menos evidencia científica de todo, y luego, poco a poco, los gestores van teniendo más información y más conocimiento, y a lo mejor hemos sido menos necesarios. Es un comité con una amplia representación de las especialidades médicas, que ha funcionado, que seguimos en contacto y se nos consulta en caso de dudas, si bien cada vez se sabe más y va habiendo menos dudas.

**P.**— Otra polémica está ahora en la implantación de 'almendras centrales' en las ciudades para reducir la contaminación. En Valladolid, por ejemplo, va a ocupar el triple de lo inicialmente propuesto. ¿Es la estrategia correcta?

**R.**— Yo sí que creo que la contaminación por el tráfico rodado es un problema, y cualquier medida es buena. De hecho la Organización Mundial de la Salud, la OMS, ha revisado recientemente las recomendaciones de contaminación a la baja. Nosotros tenemos una legislación vigente más o menos del año 2011 adaptada a las recomendaciones que había hecho la OMS en 2005.

Las recomendaciones actuales, que son de septiembre de 2021, van a obligar a revisar esta legislación. Valladolid, que se podía considerar una ciudad con niveles bajos de contaminación, con las nuevas recomendaciones a lo mejor no lo es tanto. Casi un 35% de los días tenemos niveles de dióxido de nitrógeno más alto que las recomendaciones actuales, cuando con las antiguas eran cero. Sí es una cosa que vamos a tener que atender no solo los gestores, sino también los ciudadanos, y todos tenemos que entenderlo y que concienciarnos.

**P.**— Las afecciones por tabaquismo sí habrán bajado desde hace unos años... ¿Cómo ha cambiado la demanda sanitaria?

**R.**— Hay más de las que nos gustaría. En general, fuma menos la población, pero sigue habiendo un porcentaje alto. La demanda sanitaria no termina de bajar. La gente fuma menos pero las enfermedades cada vez son más crónicas, la población se hace cada vez más mayor... En general, las consultas y la hospitalización no es menor.

Por ejemplo la epoc, que es una enfermedad relacionada con el tabaco, se produce a los 20 o 30 años de fumar, y el cáncer de pulmón también tiene su inercia. No atendemos a la población que fuma hoy, sino a los que fumaron hace dos o tres décadas. El que la gente deje de fumar hoy a lo mejor lo nota la siguiente generación de neumólogos.