

La pandemia por COVID-19 en indicadores de mortalidad y su efecto en las infecciones del tracto respiratorio inferior

15/05/2024

El Estudio sobre la Carga Global de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo ([Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study, GBD](#)) proporciona actualizaciones periódicas sobre los patrones y tendencias de la salud de la población mundial desde la primera publicación del GBD en 1993. El 4 de abril de 2024 se ha publicado el **Estudio GBD 2021** que aborda [la actualización de la carga de mortalidad para 288 causas por edad y sexo en 204 países y territorios desde 1990 hasta 2021](#), con [un artículo específico sobre la expectativa de vida publicado en The Lancet](#), y supone una actualización de las estimaciones publicadas anteriormente que abarcaban 1990-2019. Además, el 15 de abril se publicó el análisis GBD 2021 sobre [infecciones respiratorias bajas y etiologías, 1990-2021](#). Sintetizamos a continuación algunos de sus hallazgos más relevantes.

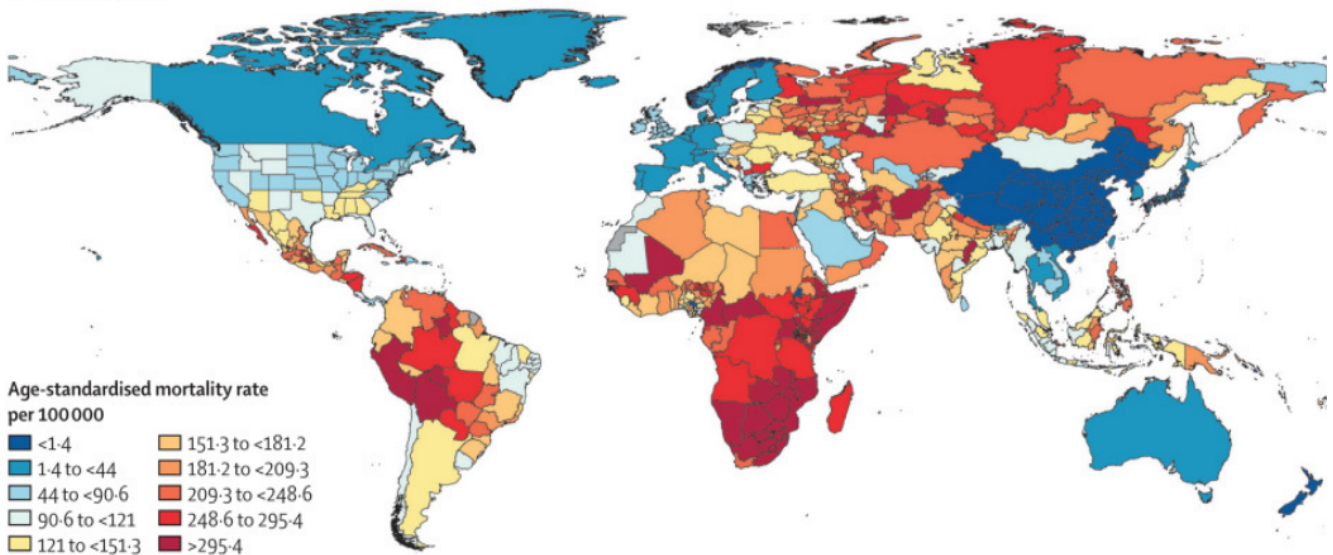
Las 4 principales causas de muerte estandarizadas por edad a escala mundial fueron las mismas en el Estudio GBD **2019** que en el de **1990**: en orden descendente, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) e infecciones del tracto respiratorio inferior. En **2021**, la 1ª causa de muerte mundial estandarizada por edad fue la cardiopatía isquémica [108,7 muertes por 100.000 habitantes (intervalo de incertidumbre del 95% – II 95% – 89,2-100,0)], pero el **COVID-19** sustituyó al ictus como 2ª causa, con 94,0 muertes por 100.000 habitantes (89,2-100,0),

pasando el ictus a ser la 3ª causa con 87,4 muertes por 100.000 habitantes (79,5-94,4) y el EP0C la 4ª, con 45,2 muertes por 100.000 habitantes (40,7-49,8).

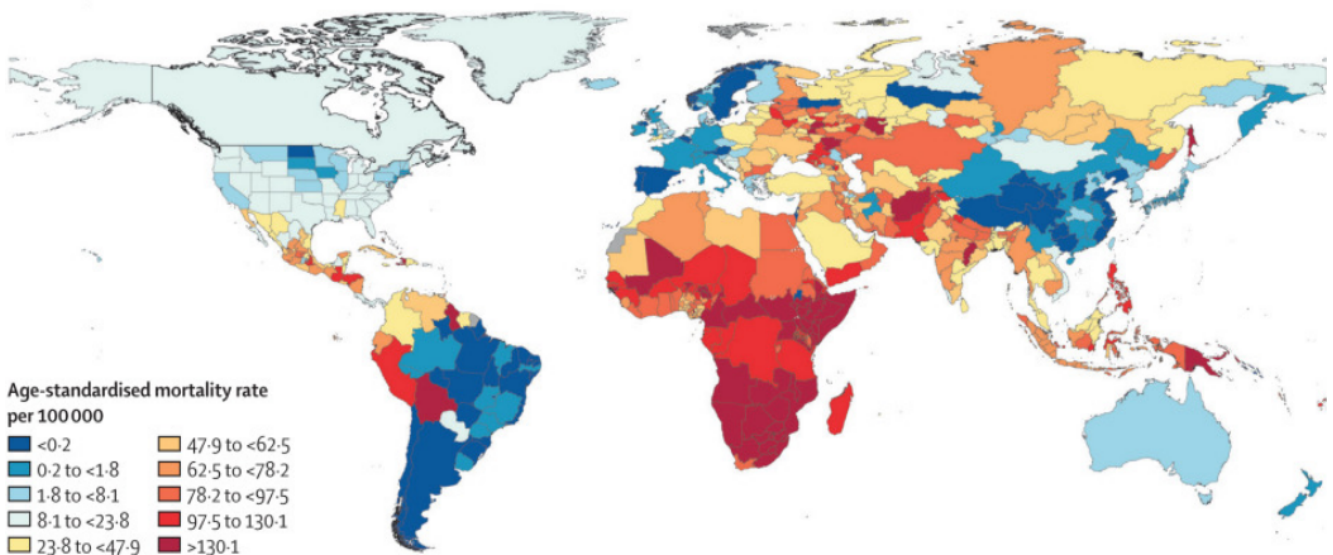
En cuanto a **enfermedades transmisibles**, el ranking de causas mundiales de mortalidad en 2021 lo ocupan, además del COVID-19 (2ª posición), otra mortalidad relacionada con la pandemia (5ª), infecciones del tracto respiratorio inferior (paso de 4ª en 2019 a 7ª en 2021), enfermedades diarreicas infecciosas (paso de 10ª a 14ª), tuberculosis (paso de 14ª a 16ª), malaria (19ª en 2019 y 2021) y VIH/SIDA (paso de 18ª a 22ª).

En cuanto al **COVID-19**, en 2021, las mayores tasas de mortalidad estandarizadas se produjeron en el África subsahariana [271,0 muertes (II 95% 250,1-290,7) por 100.000 habitantes] y en América Latina y el Caribe [195,4 muertes (182,1-211,4)]. Las tasas de mortalidad estandarizadas por edad más bajas de la COVID-19 se registraron en la región mundial denominada por el Estudio como de ingresos altos [48,1 defunciones (47,4-48,8) por 100 000 habitantes] y en Asia sudoriental, Asia oriental y Oceanía [23,2 defunciones (16,3-37,2)].

A COVID-19, 2021



B OPRM, 2021



Tasa de mortalidad estandarizada por edad de COVID-19 y otra mortalidad relacionada con la pandemia (OPRM), 2021. Mapas globales de COVID-19 (A) y OPRM (B) para 2021 que muestran detalles subnacionales cuando están disponibles. Tomado de [GBD 2021 Causes of Death Collaborators, 2024](#).

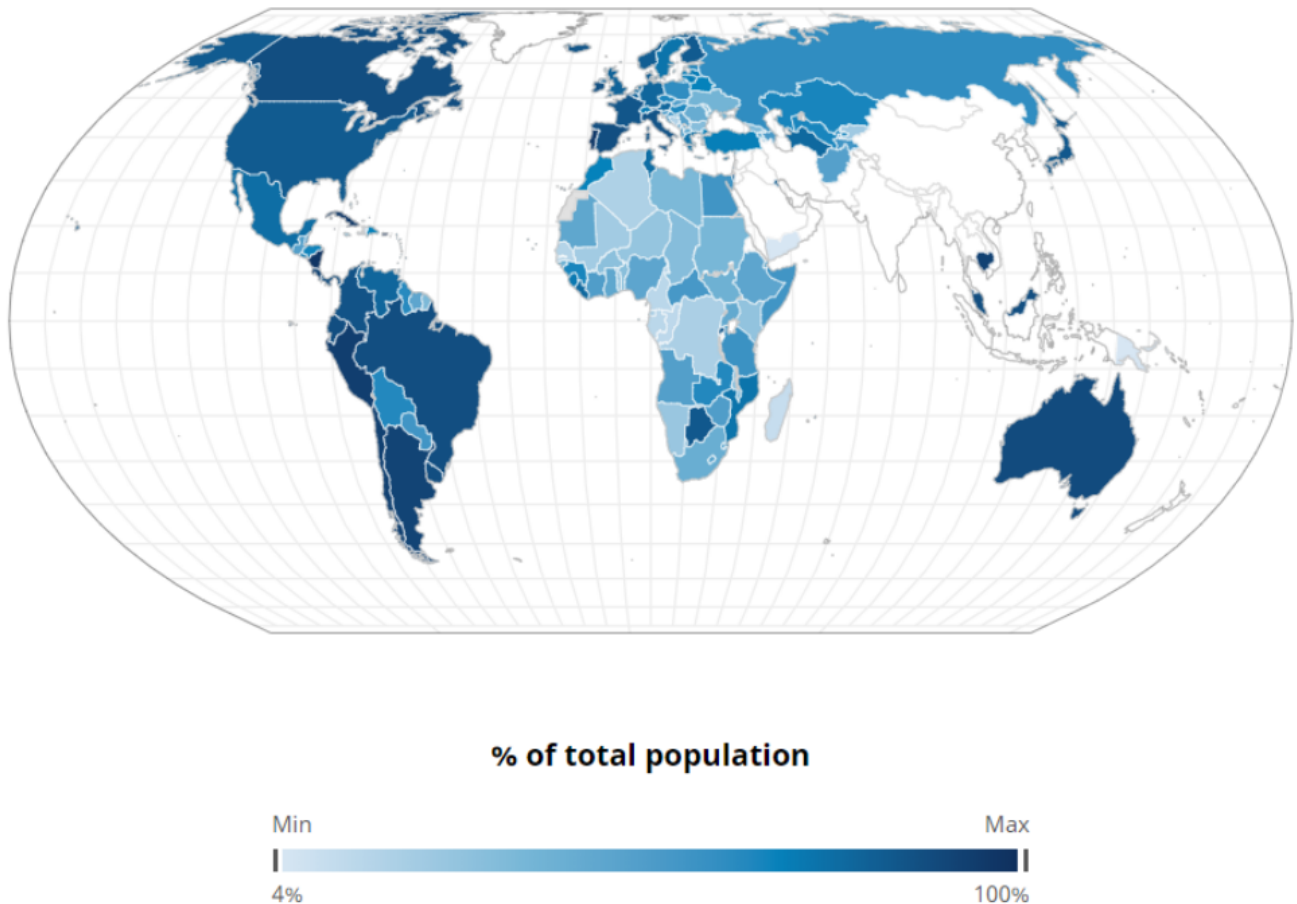
Estos datos sobre mortalidad de GBD 2021 **confirman que la pandemia por COVID-19 ha afectado gravemente al continente africano**. Consideramos que son datos de sumo interés, pues al inicio de la pandemia se especulaba que, en África, el COVID-19 no era una amenaza, dado que se reportaban unas bajas tasas de contagios, hospitalizaciones y muertes por esta

causa, llegando a generarse un debate sobre si debían destinarse tantos recursos económicos para la vacunación frente a COVID-19. [Tal y como la periodista Stephanie Nolen señala](#), el problema era que, salvo en el país de Sudáfrica, se registraron incorrectamente muchos de los fallecimientos.

Es preciso recordar que, [según datos de la Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#), **África fue el continente con menores tasas de vacunación frente a COVID-19**, así como también fue baja en Rusia y algunos países de Europa del Este y de América del Sur. El mapa que muestra la cobertura vacunal frente a COVID-19 de la OMS, que incluimos a continuación, parece corresponderse en gran parte “en espejo” con los mapas del Estudio GBD 2021: la mayoría de los países con menores coberturas vacunales frente a COVID-19 presentaron una mayor tasa de mortalidad estandarizada por edad por esta causa. A esto se une que los países que contaron con una peor cobertura vacunal también fueron muchos de los más desfavorecidos del planeta, donde el acceso a recursos vitales básicos (alimentación, agua potable, vivienda...) o servicios sanitarios es muy reducido.

Percentage of total population vaccinated with at least one dose of a COVID-19 vaccine

World, 31 December 2023

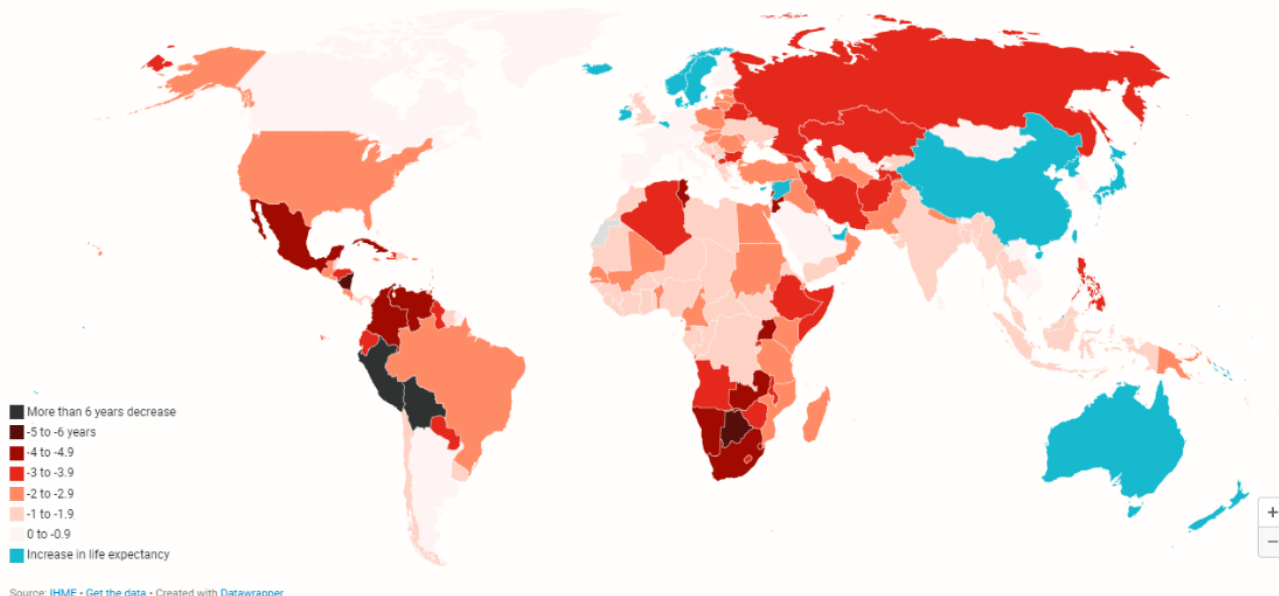


Porcentaje de población vacunada con al menos una dosis de vacuna frente a COVID-19, a 31 de diciembre de 2023. Tomado de la [OMS, WHO COVID-19 dashboard](#).

Con respecto a la **esperanza de vida mundial**, entre 1950 y 2021 ésta aumentó casi 23 años, de 49 a 71,7 años, pero disminuyó 1,6 años entre 2019 y 2021 debido a la pandemia por COVID-19. La mayor reducción de la esperanza de vida neta debida a COVID-19, en cuanto a regiones, se produjo en América Latina y el Caribe (reducción atribuible neta media de 3,6 años) y la menor en Asia sudoriental, Asia oriental y Oceanía (media de reducción de 0,4 años). En **España** se publica que se redujo en

0,4 años la esperanza de vida al nacer en 2021 con respecto a 2019.

Change in life expectancy amid the COVID-19 pandemic, 2019-2021



Cambios en la esperanza de vida durante la pandemia por COVID-19, 2019-2021. Tomado de [GBD 2021 Demographics Collaborators, 2024](#).

Respecto a las causas específicas de mortalidad de enfermedades transmisibles, las infecciones del tracto respiratorio inferior fueron la principal causa infecciosa de muerte en el mundo en 2019. A partir de 2020, las medidas instauradas por la pandemia por COVID-19 frenaron la incidencia de infecciones respiratorias en 2020 y 2021, tanto para el COVID-19 como para otros virus respiratorios, como el virus respiratorio sincitial (VRS) o la gripe.

Al igual que en los Estudios previos de GBD, en 2021, el patógeno responsable de la mayor proporción de episodios incidentes de infecciones del tracto respiratorio inferior a escala mundial y en todos los grupos de edad fue ***S. pneumoniae***, que se estima que causó 97,9 millones de episodios (II 95% 92,1-104,0). En cuanto a la mortalidad por agente patógeno, ***S. pneumonie*** fue también el responsable de la mayor

proporción de muertes por infecciones del tracto respiratorio inferior en todas las edades a escala mundial, provocando unas 505.000 muertes (454.000-555.000). Le siguieron ***S. aureus*** [424.000 muertes (380.000-459.000)] y ***K. pneumoniae*** [176.000 muertes (158.000-194.000)].

La infección por el **virus de la gripe** descendió de ser en 2019 la 3ª causa de episodios incidentes de infecciones del tracto respiratorio inferior a nivel mundial [36,4 millones de episodios (II 95% 34,2-38,7)], a ser la 9ª en 2021 [14,4 millones (9,8-19,4)]. En cuanto a mortalidad, la gripe pasó de ser la 3ª causa de muerte por etiología de estos episodios en 2019, causando 349.000 muertes (318.000-377.000), a ser la 8ª en 2021, siendo responsable de 98.200 fallecimientos (74.300-126.000). En **España** este descenso también se ha evidenciado, pasando en 2019 de 68.500 episodios (60.800-71.800) a 3850 (981-10.400) en 2021, y de 2370 (1940-2640) muertes en 2019, a 129 (33,2-348) en 2021.

El **VRS** ha disminuido también desde 2019, en que era la 11ª causa de episodios de infecciones del tracto respiratorio inferior a escala mundial [12,5 millones (II 95% 11,5-13,7)], a ser en 2021 la 16ª [4,6 millones (3,3-6,0)]. Y en cuanto a la mortalidad por VRS, en 2019 suponía la 9ª causa en infecciones del tracto respiratorio inferior [94.900 muertes (82.200-109.000)], y pasó a ser la 16ª en 2021 [31.500 fallecimientos (23.300-41.600)]. En **España**, por su parte, este descenso ha sido muy marcado también, pasando en 2019 de 23.300 episodios (21.300-25.300) a 1310 (340-3490) en 2021. Y, en cuanto a la mortalidad, se informa de un descenso de 228 (189-257) muertes en 2019, a 12 (3,1-32,8) en 2021.

El análisis pormenorizado de estas publicaciones del Estudio GBD 2021 muestra cómo todavía queda mucho por hacer para mejorar las causas de mortalidad de enfermedades inmunoprevenibles, siendo la vacunación una herramienta crucial para ello, unido a la mejora del acceso de la población a los recursos básicos y a los servicios sanitarios.

Además, el esfuerzo que se realice por mejorar la cobertura vacunal poblacional frente a estas enfermedades no sólo repercutirá en la mortalidad relacionada directamente por dichas infecciones, sino que también podrá influir de forma indirecta en los procesos que mayor mortalidad causan a nivel mundial, como son la cardiopatía isquémica, el ictus o la EPOC.

Victoria Uroz Martínez

Médico Interno Residente de 3º año de la Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Región de Murcia. Médico Forense en excedencia por Servicio Público

Jaime Jesús Pérez Martín

Jefe del Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Consejería de Salud. Región de Murcia.

Fuentes:

GBD 2021 Causes of Death Collaborators. Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet. 2024 Apr 3:S0140-6736(24)00367-2. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00367-2. Epub ahead of print. PMID: 38582094. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00367-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00367-2/fulltext)

GBD 2021 Demographics Collaborators. Global age-sex-specific mortality, life expectancy, and population estimates in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1950-2021, and the impact of the COVID-19 pandemic: a

comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet. 2024 Mar 8:S0140-6736(24)00476-8. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00476-8. Epub ahead of print. PMID: 38484753. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)00476-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)00476-8/fulltext)

GBD 2021 Lower Respiratory Infections and Antimicrobial Resistance Collaborators. Global, regional, and national incidence and mortality burden of non-COVID-19 lower respiratory infections and aetiologies, 1990-2021: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Infect Dis. 2024 Apr 15:S1473-3099(24)00176-2. doi: 10.1016/S1473-3099(24)00176-2. Epub ahead of print. PMID: 38636536. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(24\)00176-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(24)00176-2/fulltext)

Nolen S. Uno de los misterios de la COVID-19: la baja mortalidad en África – The New York Times. The New York Times [Internet]. 2022 Mar 24 [citado 12 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2022/03/24/espanol/covid-muertes.html>

Organización Mundial de la Salud (OMS). WHO COVID-19 dashboard. Disponible en: <https://data.who.int/dashboards/covid19/vaccines?n=o>

HEALTH CANADA PROPONE UNA DOSIS DE VACUNA FRENTE A COVID-19 ESTA PRIMAVERA 2024 PARA LAS PERSONAS DE RIESGO

15/05/2024

El 12 de enero de este mes la [Public Health Agency of Canada](#) ha publicado las recomendaciones del *National Advisory Committee on Immunizations* (NACI) respecto a la vacunación frente a COVID-19 para esta primavera 2024 basadas en la evidencia disponible y en la opinión de los expertos. NACI recomienda una dosis de vacuna monovariante XBB.1.5 para aquellos que tienen alto riesgo de padecer enfermedad grave por COVID-19 entre los que se incluyen los mayores de 65 años, los adultos en residencias y los de seis o más meses con inmunosupresión moderada/grave. Hacen hincapié en los de alto riesgo no vacunados previamente la vacuna adaptada a las nuevas variantes en circulación. Recomienda un intervalo de seis meses desde la última dosis de vacuna, aunque en circunstancias podría rebajarse a tres meses.

La vacuna recomendada es aquella que incluya XBB.1.5 según recomendaciones de la [OMS](#) de diciembre 2023.

La vacuna frente a COVID-19 de Hipra en fase de

evaluación previa a la comercialización

15/05/2024

La [Agencia Europea del Medicamento \(EMA\)](#) ha comunicado que su Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) ha comenzado con el proceso de evaluación previa a la comercialización condicional de la vacuna frente al SARS-CoV-2 de la farmacéutica española HIPRA, Human Health, Bimervax.

Por otra parte, siguen en proceso de revisión continuada (rolling review) la vacuna inactivada y adyuvada producida en células Vero de la farmacéutica Sinovac y la vacuna rusa basada en vector adenovírico del Gamaleya National Centre of Epidemiology and Microbiology (Sputnik V).

El JCVI emite recomendaciones de las dosis de refuerzo de vacuna COVID para la primavera 2023

15/05/2024

Tras las reuniones del [Joint Committee on Vaccination and Immunization del Reino Unido \(JCVI\)](#) celebradas los pasados 24 de enero y de 14 de febrero, éste ha emitido sus recomendaciones de vacunación de recuerdo frente a COVID-19 para la próxima primavera. El objetivo principal de las mismas consiste en evitar la enfermedad grave en mayores, residentes de centros de la tercera edad y en los inmunodeprimidos. Por

ello, recomiendan la vacunación en los de 75 o más años, los institucionalizados en residencias y en personas de 5 o más años con condiciones que comporten inmunosupresión.

Esta dosis de recuerdo se ofrecerá hacia los seis meses tras la última dosis recibida de vacuna. Las vacunas a administrar en los de 75 o más años serán Comirnaty bivalente, Spikevax bivalente o Vydprevtin Beta, mientras que en los de 5 o más años se utilizarán Comirnaty monovalente o bivalente pediátrica en los de 5 a 11 años, Comirnaty bivalente para los de 12 a 17 años y Comirnaty bivalente o Spikevax bivalente para los de 18 a 74 años.

Adicionalmente, Novavax Matrix-M puede utilizarse en los de doce o más años.

Rechazada la colaboración de la tabacalera Philip Morris en la producción de la vacuna Covifenz

15/05/2024

Según publica la revista The Lancet Respiratory Medicine, los grupos canadienses antitabaco celebran que se haya rechazado la colaboración de la tabaquera Philip Morris International en la producción de la única vacuna frente a la COVID-19 que se fabrica en Canadá, Covifenz. La compañía fabricante de la citada vacuna, Medicago, anunció el pasado diciembre que la mayoría de accionistas de Mitsubishi Tanabe Pharma había rechazado a la compañía tabaquera como inversor. Este posicionamiento tiene su origen en la incoherencia que supone

que una empresa como Philip Morris colabore en iniciativas de Salud Pública, así como el impacto y credibilidad que éstas tendrían al permitírsele su acceso a las mismas.

Adicionalmente, y por motivos obvios, la Organización Mundial de la Salud no aprobó en marzo de 2022 el uso de la vacuna Covifenz. La inversión de Philip Morris en Medicago databa desde 2008, con un tercio del valor de la compañía.

El JCVI del Reino Unido recomienda una dosis de recuerdo de vacuna COVID-19 para otoño 2023

15/05/2024

Según nota de prensa de la [United Kingdom HealthSecurity Agency](#) (UKHSA), el [Joint Committee on Vaccination and Immunization del](#) Reino Unido (JCVI) ha emitido una recomendación provisional respecto a administrar una dosis de recuerdo de vacuna frente al SARS-CoV-2 a las personas de alto riesgo en el próximo otoño 2023. Adicionalmente, recomienda una dosis de recuerdo “extra” para primavera 2023 a aquellos muy mayores y a los inmunodeprimidos.

Por otra parte, y en el caso de que aparezca una nueva variante de preocupación (VOC, por sus siglas en inglés) con importantes diferencias respecto de las actualmente circulantes, se dará una respuesta inmediata respecto al uso de vacunas.

La FDA plantea una armonización de los esquemas vacunales COVID-19

15/05/2024

En la 178ª reunión del Comité Asesor de Vacunas y Productos Biológicos Relacionados (VRBPAC) de la U.S. Food and Drug Administration (FDA) celebrada ayer, 26 de enero, se acordó por unanimidad simplificar los esquemas vacunales frente a la COVID-19, recomendando el empleo de los preparados bivalentes tanto para las series primarias, como para los refuerzos. Asimismo, el panel de expertos planteó la necesidad de mantener la cepa ancestral en la composición de las vacunas a emplear, cuestión que será discutida en futuras reuniones, pues no existen datos suficientes que apoyen el hipotético empleo de una vacuna que incluya alguna cepa Ómicron de forma monovalente.

Con el objetivo de facilitar los procedimientos y protocolos de vacunación frente a la COVID-19, haciéndolos más similares al proceso que se implementa anualmente con las vacunas de la gripe estacional, se sugirió la posibilidad de administrar una dosis de vacuna con carácter anual, cuya formulación se seleccionaría en los meses de junio para que en el otoño ya se dispusiese del suficiente número de dosis para hacer frente a las cepas de SARS-CoV-2 que mayor impacto clínico y epidemiológico pudieran ocasionar. A este respecto, el citado comité matizó que aún es pronto para comparar gripe, COVID-19 y sus respectivas vacunas, pues la ausencia de estacionalidad del SARS-CoV-2 y la insuficiente información acerca del hipotético establecimiento de un programa de vacunación de dosis única estacional aún generan muchas cuestiones sin

resolver que será necesario plantearlas en sucesivas reuniones. También mostraron su preocupación en el impacto que sobre la producción mundial de vacunas tendría la selección de las cepas.

Con respecto a la seguridad de las vacunas bivalentes, tras una exhaustiva revisión de varias bases de datos federales, se señaló que la FDA no ha identificado la señal de seguridad reportada mediante datos preliminares por los CDC en la que se indicó un posible riesgo de accidente cerebrovascular tras la administración simultánea de la vacuna antigripal y el refuerzo bivalente con Comirnaty®. Aunque esta cuestión tampoco ha sido confirmada por los regulatorios europeo e israelí, la FDA ha planteado investigar esta cuestión de forma específica.

La coinfección de virus respiratorios y la gravedad de la enfermedad en los pequeños

15/05/2024

Un artículo publicado en la edición on-line de la revista [Pediatrics](#) que ha analizado datos de 4372 niños hospitalizados por COVID-19 en los Estados Unidos de Norteamérica entre marzo 2020 y febrero 2022, encontró que la codetección de virus respiratorios (virus respiratorio sincitial, gripe, rinovirus y enterovirus, entre otros) puede aumentar la gravedad, hasta con un riesgo doble, de los cuadros respiratorios en los menores de cinco años, y especialmente, en los menores de dos

años coinfectados con SARS-CoV-2 y virus respiratorio sincitial.

Desde la perspectiva de salud pública, los resultados de este estudio pueden implicar que se incrementen las recomendaciones de control de la infección en el caso de los niños pequeños ingresados por COVID-19.

Suspendido un miembro del parlamento inglés por compara la vacunación COVID-19 al Holocausto

15/05/2024

Según se recoge en [The British Medical Journal](#), un miembro del partido conservador británico ha sido suspendido de militancia por haber diseminado información falaz acerca de la seguridad y efectividad de las vacunas frente a la COVID-19 en los medios de comunicación y redes sociales, donde las comparaba con el holocausto. En la información publicada en Twitter por el citado personaje, se comentaba que un cardiólogo consultor le había dicho que la vacunación masiva suponía el mayor crimen contra la humanidad desde el Endlösung.

Este tipo de afirmaciones también fueron realizadas en la Cámara de los Comunes, lo que generó una gran crispación en la bancada conservadora. El primer ministro del Reino Unido también ha condenado los hechos, calificándolos como “totalmente inaceptables” y recordando la similitud de la situación con la vivida con la [vacuna triple vírica](#) y su presunta [asociación con el autismo](#).

Las vacunas bivalentes frente a COVID-19 (ancestral/Ómicron BA.4-5) podrían emplearse para la primovacunación

15/05/2024

La [Emergency Task Force \(ETF\) de la Agencia Europea del Medicamento](#) considera que las vacunas bivalentes de ARNm adaptadas a la cepa ancestral y las subvariantes Ómicron BA.4-5 del SARS-CoV-2 pueden emplearse además de para los refuerzos, también en la primovacunación frente a éste.

Esta decisión se ha fundamentado en los análisis de datos no clínicos y de inmunogenicidad obtenidos tras la infección natural por las subvariantes BA.4 y BA.5 en personas no vacunadas y no infectadas previamente, un grupo de población en quienes se espera que las vacunas adaptadas generen amplias respuestas inmunitarias. Asimismo, su perfil de seguridad cuando se utilizan como refuerzo es comparable al de las vacunas de ARNm originales.

Recordemos que, hasta el momento, estos preparados únicamente están autorizados como dosis de refuerzo y que, con esta decisión, la ETF considera que estas vacunas bivalentes podrían usarse como primovacunación en niños y adultos previamente no vacunados o que no hayan padecido la enfermedad. A partir de estas consideraciones, serán las autoridades sanitarias de los Estados miembros quienes decidan si emplear estos preparados bajo esta indicación.