

Linfadenopatías regionales tras inmunización con vacunas ARNm

18/01/2021

Respuesta del Experto a ...

Linfadenopatías regionales tras inmunización con vacunas ARNm

Pregunta

Me han puesto la vacuna de Pfizer de COVID y tengo 3 adenopatías axilares izquierdas bastante grande. En la consulta de Ginecología he mandado bastantes vacunas de Gardasil y recuerdo una paciente que la primera dosis tuvo linfadenitis, y en la segunda dosis tuvo una linfadenitis masiva que impidió poner la tercera dosis. Mi pregunta es si sería recomendable no ponerme la segunda dosis de Pfizer como consecuencia de esta reacción que he tenido.

Respuesta de José Antonio Navarro (18 de Enero de 2021)

Buen día.

Se ha descrito en los ensayos clínicos de las vacunas de mRNA (más frecuentes con las de Moderna) la linfadenopatía en los lugares de drenaje correspondientes al punto de inoculación (habitualmente axilar). En ellos, la duración promedio tras la primera dosis fue de 24 horas y de 48 horas tras la segunda. Debido al riesgo de exposición al SARS-CoV-2 es aconsejable la recepción de la segunda dosis para disponer de una óptima protección. Analgésicos y frío local es lo aconsejable.

La vacuna del Oxford Vaccine Group, AZD1222, administrada por vía intranasal reduce en monos la carga nasal del virus SARS-COV-2

18/01/2021

Investigadores de los *National Health Institutes* de los Estados Unidos y del *Jenner Institute* del Reino Unido han publicado en [preprint](#) un artículo sobre los resultados obtenidos con la vacuna frente al SARS-CoV-2 del *Oxford Vaccine Group*, AZD1222, aplicada por vía intranasal a hámsters sirios y a monos.

Los fundamentos de una vacuna intranasal vendrían derivados de disponer de una respuesta mucosa local que redujera o impidiera la replicación, y por tanto, la transmisión del virus, dado que las actuales vacunas se administran por vía intramuscular y generan potentes respuestas séricas IgG con escasa respuesta mucosa en vías respiratorias altas. A pesar de disponer de abundante literatura acerca de la respuesta sistémica a la infección natural, la concerniente a la inmunidad mucosa es muy limitada. En fluidos mucosos de pacientes con COVID-19 se detectan IgA, IgM e IgG específicas frente a S y frente a RBD, de donde surge la hipótesis de que la IgA secretora protege mayormente al tracto respiratorio superior y la IgG al inferior.

Los autores, por consiguiente, llevaron a cabo estudios preclínicos en hámsters y en primates no humanos que recibieron la vacuna AZD1222 por vía intramuscular, por vía intranasal o placebo intramuscular para enfrentarlos al virus SARS-CoV-2 que incluía la mutación D614G.

Se comprobó como la vacuna intranasal indujo en ambos animales respuestas robustas humorales y mucosas. En hámsters, además, tras el *challenge*, tuvieron una reducción en la excreción de virus y una protección completa del aparato respiratorio sin detección de ARN vírico, al compararlos con animales vacunados por la vía intramuscular. En monos, tras la provocación vírica, solo se observó ARN subgenómico y excreción de virus infeccioso en uno de cuatro animales. En estos animales, se detectó IgG e IgA en suero, en concentraciones similares a la de los vacunados por vía intramuscular, en muestras nasales y en el lavado broncoalveolar. Adicionalmente, se redujo la excreción vírica y la carga vírica en el lavado broncoalveolar y en el tracto respiratorio inferior. Todo ello hace pensar que para controlar de manera eficiente la excreción nasal del virus es necesaria una robusta respuesta humoral en esa mucosa.

Una vez desplegadas a escala mundial las campañas de vacunación frente a la COVID-19 será de crucial importancia investigar si las vacunas ya comercializadas proporcionan inmunidad esterilizante o, dicho de otra manera, si las personas vacunadas son todavía susceptibles a la infección del tracto respiratorio superior y por tanto a la transmisión mantenida del virus. Una vez que se ha demostrado que es posible generar inmunidad mucosa específica local tras la administración nasal de una vacuna, sería muy interesante investigar si los hallazgos de estos autores se pueden trasladar a la clínica.

Traducido y adaptado por José A. Navarro-Alonso M.D.

Pediatra. Comité Editorial A.E.V.

janavarroalonso@gmail.com

Padecer COVID-19 puede proteger de la reinfección pero no del transporte y transmisión del virus SARS-CoV-2

18/01/2021

En un [comunicado de prensa](#), el Gobierno del Reino Unido expone los resultados provisionales de un estudio de seguimiento de PCR y serología de COVID-19 en 20.787 trabajadores sanitarios que comenzó el mes de junio del pasado año y que dirige la profesora Susan Hopkins de *Public Health England*. El estudio se llama SIREN (*SARS-CoV-2 Immunity and Reinfection Evaluation*).

Basalmente eran seropositivos 6.614. Encontraron entre el 18 de junio y el 24 de noviembre 44 reinfecciones potenciales, de las que dos se consideraron probables y 42 se etiquetaron como posibles. Si se confirmaran los 44 casos, la tasa de protección alcanzaría un 83% de personas protegidas, pero si solo se confirmaran las dos probables, la tasa llegaría al 99%. Las dos probables habían experimentado síntomas en la primera infección y ambos tuvieron una clínica menos grave tras la segunda infección.

El estudio también encontró que la protección por anticuerpos duraría al menos durante cinco meses de promedio, aunque podría ser superior, lo que implicaría que algunas personas que contrajeron la enfermedad en la primera ola podían contraer otra vez el virus.

Public Health England alertó también que aunque los anticuerpos son protectores para evitar caer enfermo, algunas evidencias apuntan a que alguna de estas personas pueden transportar altas concentraciones de virus (carga vírica) y

pueden continuar transmitiendo el virus a otras personas.

Aunque los autores consideran los datos como provisionales ya que continuará la recogida de datos para evaluar si la protección es superior a esos cinco meses, insisten en que es crucial que todas las personas continúen con las reglas - lavado de manos, mascarillas y distancia de seguridad- y permanezcan en sus casas, incluso si han padecido la COVID-19 con anterioridad para reducir la probabilidad de la transmisión del virus, y más ahora cuando el país se encuentra con un número reproductivo básico por encima de la unidad.

El análisis se llevó a cabo antes de la circulación masiva de la variante VOC202012/01 y se está trabajando para entender mejor si los anticuerpos también protegen frente a esta nueva variante. Se mantendrá la recogida de datos hasta los doce meses, en los que también se medirá la efectividad de la vacuna.

Como colofón, la Dra Atkins comentó: **“es altamente improbable que aquellos que padecieron la COVID-19 desarrollen una reinfección grave, pero están en riesgo de adquirir la infección y de transmitir el virus a otras personas”.**

Traducido y adaptado por José A. Navarro-Alonso M.D.

Pediatra. Comité Editorial A.E.V.

janavarroalonso@gmail.com

Padecimiento de COVID-19 y

transfusión sanguínea

18/01/2021

Respuesta del Experto a ...

Padecimiento de COVID-19 y transfusión sanguínea

Pregunta

¿Cuánto tiempo tiene que pasar desde que te ponen la vacuna COVID para poder donar Sangre?

Respuesta de José Antonio Navarro (13 de Enero de 2021)

Tras el padecimiento de COVID-19 y en aquellos que se han expuesto a un caso confirmado deben evitar la donación de sangre durante 28 días tras la recuperación completa ⁽¹⁾. En relación a las vacunas recibidas, la Cruz Roja no recomienda ningún intervalo si la vacuna es de ARNm (Pfizer/BioNTech y Moderna, Inc,), de dos semanas si es de vectores no replicantes (AstraZeneca y Johnson and Johnson) y esperar cuatro semanas si recibió una vacuna frente a COVID-19 pero desconoce si fue inactivada, de ARN o viva atenuada ⁽²⁾.

PD. Recientemente la American Red Cross ha modificado las recomendaciones en el sentido de que no hace falta respetar intervalo para donar sangre si ha recibido, vacunas de ARNm, AstraZeneca, Janssen, Novavax o Pfizer/BioNTech. Hay que esperar dos semanas si se trata de una vacuna atenuada o si se desconoce qué tipo de vacuna recibió la persona.

Referencias

¹ European Centre for Disease Control and Prevention. Outbreak of acute respiratory syndrome associated with a novel coronavirus, Wuhan, China; first update. 22 January 2020. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-cluster-pneumonia-cases-caused-novel-coronavirus-wuhan>

² American Red Cross. Blood donor eligibility criteria. Disponible en: <https://www.redcrossblood.org/donate-blood/how-to-donate/eligibility-requirements/eligibility-criteria-alphabetical.html>

Vacunas de ARNm frente al SARS-CoV-2 y antecedentes de padecimiento de Síndrome de Guillain-Barré

18/01/2021

Respuesta del Experto a ...

Vacunas de ARNm frente al SARS-CoV-2 y antecedentes de padecimiento de Síndrome de Guillain-Barré

Pregunta

Tengo un paciente adulto, de 65 años, que sufrió el Síndrome de Guillain Barre hace años y estuvo grave. No se ha vacunado de gripe desde entonces por recomendación médica. ¿Hay que tomar la misma precaución con Comirnaty, la vacuna frente a COVID-19 de Pfizer-Biontech, o por el tipo de vacuna (RNAm) no habría problema.

Respuesta de José Antonio Navarro (13 de Enero de 2021)

Buen día.

De acuerdo con las recomendaciones de los CDC de los Estados Unidos ⁽¹⁾ las personas con antecedentes de Síndrome de Guillain-Barré pueden recibir las vacunas de Pfizer/BioNTech o de Moderna.

Referencias

¹ Centers for Disease Control and Prevention. Interim Clinical Considerations for Use of mRNA COVID-19 Vaccines Currently Authorized in the United States. Summary of recent changes (last updated January 6, 2021).

¿Y qué pasará con las vacunas de la próxima generación y el grupo placebo?

18/01/2021

Tras este sugerente encabezado se esconde un importante problema que lo aborda la revista [Nature](#) con el título: “La búsqueda de mejores vacunas frente a COVID-19 está condenada por el despliegue de las actuales”. Lo que viene a decir es que los ensayos clínicos controlados con placebo han dejado de ser prioritarios mientras que las farmacéuticas están apuntando a los estudios de provocación y a los marcadores séricos subrogados de protección a la hora de evaluar las vacunas de próxima generación.

Una vez que a finales de 2020 ya se han comercializado algunas vacunas, muchos clínicos se preguntan cómo evaluar las docenas de vacunas que se encuentran en las fases iniciales de los ensayos y que podrían ser más baratas, con menos efectos adversos y más fáciles de administrar que las actuales -60 en ensayos en humanos y 170 en fases preclínicas-. El problema es que actualmente es todo un reto encontrar voluntarios para participar en los ensayos clínicos una vez que ya hay vacunas que ofrecen una eficacia rayana en el 95% al mismo tiempo que, por otra parte, los que participaron en los ensayos como parte

del grupo placebo de las vacunas disponibles se preguntan cuándo van a recibir la vacuna. En este sentido, la cuestión primordial que se nos plantea es: una vez que ya hay vacunas, ¿son éticos los ensayos clínicos controlados?

Un ejemplo claro se encuentra en la situación de los estudios de la vacuna de la farmacéutica Novavax que tenía previsto incluir a 30.000 voluntarios de los que gran parte serían sanitarios, en los que es alta la tasa de ataque por SARS-CoV-2, y personas arias con patologías de base, pero no encuentran voluntarios al estar recibiendo la mayoría de ellos las vacunas de primera generación.

Los responsables del diseño de los ensayos clínicos han ideado soluciones alternativas para hacer más atractiva la participación: conformar el grupo vacuna y el placebo en una proporción 2:1. De esa manera se obtienen más rápidamente datos de seguridad y hay mayores probabilidades de pertenecer al grupo de los que reciben la vacuna.

Otra estrategia es la seguida por la francesa Sanofi Pasteur y su partner británico GlaxoSmithKline, que consiste en ensayos que no utilizan un grupo placebo y que comparan los resultados de la vacuna problema con una ya autorizada. Esta estrategia, según algunos estadísticos, precisaría de ensayos de mayor duración y de más personas al compararlas con vacunas que tienen una eficacia del 95%.

Una tercera opción pasaría por medir la efectividad utilizando marcadores inmunes del tipo de los niveles de anticuerpos que podrían ser un subrogado de protección frente al SARS-CoV-2. De hecho, varias vacunas autorizadas frente a gripe y rabia, entre otras, ya se han evaluado en base a estos correlatos de protección. Pero el problema surge cuando a día de hoy desconocemos el tipo de respuesta que pudiera ser un marcador fiable de protección frente al virus. Para llegar a conocerlo haría falta estudiar a las personas vacunadas que desarrollan una infección *breakthrough*. Si el nivel de IgG está por debajo

del umbral encontrado en el suero de las personas que no enferman, se podría determinar la cantidad de anticuerpos que una vacuna tiene que generar para considerarla efectiva. No obstante, con las cifras de efectividad de las actuales vacunas y los escasos fallos de vacunación -11 en la vacuna de Moderna y 8 en la de Pfizer/BionTech-, se complica encontrar el correlato. Un añadido de dificultad vendría del que ha sido el diseño de los ensayos clínicos en los que se evalúa más si los participantes desarrollan síntomas que si se infectan por SARS-CoV-2. En esta última situación se necesitará un correlato inmune que nos indique que la persona queda protegida tanto de la infección como del desarrollo de síntomas.

Por último, algunos investigadores abogan por las exposiciones deliberadas de los vacunados al virus para poder medir las tasas de infección y poder calcular los biomarcadores de protección-fracaso. Aunque también se necesitarían placebos, serían, en cualquier caso, muchos menores en número y los resultados se obtendrían con mayor rapidez. Supondría, desde una perspectiva científica y al margen de consideraciones éticas, la mejor manera de disponer de correlatos precisos de protección.

Las agencias regulatorias, junto a los científicos y a las farmacéuticas, están estudiando cual será el mejor camino para desarrollar las vacunas de la siguiente generación.

Traducido y adaptado por José A. Navarro-Alonso M.D.

Pediatra. Comité Editorial A.E.V.

janavarroalonso@gmail.com

Los anticuerpos inducidos por la vacuna Comirnaty neutralizan la variante N501Y del SARS-CoV-2

18/01/2021

Tras la aparición de variantes del SARS-CoV-2 en el Reino Unido y Sudáfrica, que comparten múltiples mutaciones en la glicoproteína de superficie (*spike*) mediante sustituciones N501Y, ha aumentado la preocupación dado que se localiza en el *receptor binding domain* que es el elemento mediante el que el virus penetra en la célula y hacia donde se dirigen los anticuerpos neutralizantes. Esa variante mejora la unión del virus al receptor celular ACE2 y se está diseminando a escala mundial con gran rapidez.

A los efectos de comprobar si para algunas variantes del SARS-CoV-2 las vacunas en uso pueden verse comprometidas en la protección conferida, un grupo de investigadores de la Universidad de Texas, reportan en una publicación [preprint](#) y no revisada por pares, sus resultados. Estos ya habían expuesto con anterioridad resultados de una vacuna de ARN mensajero que codifica la glicoproteína S y que inducía producción de anticuerpos neutralizantes en concentraciones iguales o similares a las de un panel de suero de personas convalecientes de COVID-19. Esa vacuna, BNT162b2, en un ensayo clínico fase II/III mostró una protección del 95% frente a COVID-19 en voluntarios de 16 o más años que recibieron dos dosis de vacuna.

Para llevar a cabo su estudio, generaron una cepa isogénica Y501 del virus SARS-CoV-2 con el esqueleto de la N501, que es de la que también procede la glicoproteína S de la vacuna BNT162b2. La enfrentaron al suero de veinte participantes,

extraído de dos a cuatro semanas después de recibir dos dosis de la vacuna separadas por tres semanas, mediante el test de neutralización por reducción de placa (PRNT₅₀). Este ensayo indicó que no hubo reducción en la actividad de neutralización frente al virus portador de la mutación Y501.

Tras exponer la principal limitación del estudio, el virus Y501 no incluye todo el conjunto de mutaciones de las actuales cepas del Reino Unido y de Sudáfrica, piensan los autores que la neutralización de ese virus por el suero humano es consistente con la neutralización de un panel de quince pseudovirus portadores de glicoproteínas con mutaciones encontradas en otras cepas circulantes de SARS-CoV-2.

Aun así, la evolución permanente del virus precisa de una monitorización continua de los cambios a efectos de la protección conferida por la vacuna. Esa vigilancia debe ir acompañada de la pertinente preparación por si fuera necesario un cambio en la composición de la vacuna, que estaría facilitada por la flexibilidad de la tecnología del ARN mensajero.

Traducido y adaptado por José A. Navarro-Alonso M.D.

Pediatra. Comité Editorial A.E.V.

janavarroalonso@gmail.com

El CHMP de la EMA recomienda la autorización de la vacuna

de Moderna

18/01/2021

El [Committee on Human Medicinal Products](#) de la Agencia Europea del Medicamento ha recomendado la autorización para su comercialización de la vacuna frente al SARS-CoV-2 de la farmacéutica Moderna, ARN-1273, con lo que se dispondrá de una segunda vacuna de ARN mensajero.

Según la ficha técnica, esta vacuna contiene 100 microgramos de ARN que vehiculiza la glicoproteína S (*spike*) de superficie del virus SARS-CoV-2 y va encapsulada en una cubierta lipídica que ayuda a estabilizar el ARN y a facilitar la entrada de la vacuna a las células. La vacuna viene en envases de diez dosis de 0.5 cc, no precisa reconstitución y se conserva entre 2°C y 8°C durante 30 días. Puede almacenarse durante seis meses a temperaturas entre -15°C y -25°C. El esquema de vacunación es de dos pinchazos separados por al menos 28 días en personas de 18 o más años.

El ensayo incluyó a 3.763 personas (24.8%) con 65 o más años, a 623 con 75 o más años, a 343 (2.3%) con antecedentes de padecimiento de COVID-19 y a 4.114 con factores basales de riesgo para padecer COVID-19 grave, que recibieron todos ellos la vacuna ARN-1273. Más del 96% de voluntarios recibieron la segunda dosis, siendo la media del seguimiento de 64 días (0 a 97) tras la segunda dosis.

Respecto a la seguridad, en los de 18 a 64 años los efectos adversos locales aumentaron con la segunda dosis y fueron más prevalentes en los de menor edad. Los más habituales fueron el dolor (87% y 90%), la hinchazón en el punto de la inyección (6.7% y 12.6%) y la linfadenopatía axilar (11.6% y 16.2%) para la primera y segunda dosis, respectivamente. Aparecieron con mayor frecuencia tras la segunda dosis y en el grupo de edad de 18 a 64 años. En los de 65 o más años, se registró dolor en el 74% y 83.2%, hinchazón en el 4.4% y en el 10.8% y

linfadenopatía axilar en el 6.1% y en el 8.5%, respectivamente. En cuanto a los efectos adversos de tipo sistémico también aumentaron con la segunda dosis y en los de menor edad. Predominó el cansancio (38.4% y 67.6%), las cefaleas (35.3% y 62.8%), las mialgias (23.7% y 61.6%), las artralgias (16.6% y 45.5%) y la temperatura de 38 o más grados (0.9% y 17.4%) en los de 18 a 64 años.

Para los de 65 o más años, predominó el cansancio (33.3% y 58.3%), las cefaleas (24.5% y 46.2%), las mialgias (19.1% y 47.1%), las artralgias (16.4% y 35.0%) y la fiebre (0.3% y 10.0%).

La eficacia alcanzó el 94.1% a los 14 días tras la segunda dosis, siendo ligeramente inferior en los de 65 o más años (86.4%) y no se registraron casos de COVID-19 grave en ninguna de las personas vacunadas. La eficacia a partir de los catorce días de la primera dosis y hasta la recepción de la segunda llegó al 92.1%. En personas de riesgo para padecer complicaciones derivadas de la COVID-19 la eficacia fue del 94.4% en los de 18 a 64 años y del 86.4% en los de mayor edad.

Traducido y adaptado por José A. Navarro-Alonso M.D.

Pediatra. Comité Editorial A.E.V.

janavarroalonso@gmail.com

Vacunas de ARNm frente al SARS-CoV-2 y parálisis de

Bell

18/01/2021

Respuesta del Experto a ...

Vacunas de ARNm frente al SARS-CoV-2 y parálisis de Bell

Pregunta

Me gustaría tener información sobre la relación que tiene la vacuna frente al COVID-19 y la parálisis de Bell. Gracias.

Respuesta de José Antonio Navarro (05 de Enero de 2021)

Buen día.

En el caso de la vacuna de Pfizer/BionTech se describieron cuatro casos de parálisis de Bell en los vacunados y tres con la vacuna de Moderna Inc. Debido al limitado número de casos, consistentes con los esperados, persisten las incertidumbres acerca de una asociación causal entre las vacunas y la parálisis facial y hay una posibilidad razonable de que exista esa relación. Es por ello que se incluirá como un efecto adverso de especial interés para que se monitorice mediante los sistemas de farmacovigilancia.

El doctor Fauci habla de vacunas frente a COVID-19, de las mutaciones y del años 2021 (2ª parte)

18/01/2021

Transcripción de la segunda parte de una entrevista al Dr

Anthony Fauci y publicada en [Medscape Infectious Diseases](#) que la publicamos en esta web por su manifiesto interés en formato de preguntas y respuestas.

Pregunta. Dígame, ¿cuál es la respuesta?

Respuesta. La respuesta es, y es muy importante, decidir si la vacuna es segura y eficaz. Los datos los han examinado comités completamente independientes de vacunólogos, virólogos, inmunólogos, y estadísticos, entre otros. No son leales a nadie, no satisfacen al gobierno federal ni a las compañías farmacéuticas. Son un grupo de independientes. Cuando deciden que los datos generados por una vacuna apuntan a que es segura y eficaz, los ponen en conocimiento de la compañía que, a su vez, los presentan a la F.D.A. Los profesionales de esta Institución, que no los ha nombrado la clase política, trabajan como un comité asesor independiente y disponen, a su vez, de otro comité llamado *Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee* que son los que en última instancia dicen: ok, está todo bien, se puede aprobar. De hecho, en realidad todo el proceso es independiente y transparente, y eso es lo que tiene que conocer la población, que una vez que conoce esa realidad es más que posible que quiera vacunarse.

Todos hablan de la variante del virus y están preocupados por si la vacuna será eficaz. ¿Qué contramedidas debemos de adoptar?, ¿qué impacto puede tener?

Creo que la población tiene que saber que al tratarse de un virus ARN, está mutando constantemente. Su ocupación es mutar. Cuanto más se replican, más mutan. Aun así, la mayoría de las mutaciones no tienen significado o relevancia funcional. Respecto a la que me preguntas, la dominante en el Reino Unido, parece que tiene una mayor capacidad de transmisión de persona a persona, pero no hay evidencias de que afecte a la virulencia, esto es, que sea más grave la infección. Tampoco parece que evada la protección que confiere la vacuna, pero se

necesita de una buena vigilancia. Lo que es motivo de discusión es lo que debemos hacer, ya que podría estar aquí y aún no lo sabemos, teniendo en cuenta, incluso, la prohibición a los viajes del Reino Unido. Lo que yo pienso es que se trata de una sobreactuación. No estoy en contra de los tests para los que vengan a este país procedentes del Reino Unido, pero pienso que al menos debería considerarse.

Yo siempre pregunto a mis colegas, ¿qué opinará el Dr Fauci? La pregunta es: muchas personas han pospuesto sus bodas, previstas para marzo de 2020, a abril de 2021, ¿hay que retrasarla otra vez?

La deben retrasar hasta junio o julio del 2021.

Creo que no se van a poner muy contentos al escuchar lo que dice.

Lo siento. Si somos eficientes en nuestra actuación y damos prioridad para vacunar a los grupos que recomendó el ACIP, para final de marzo o principios de abril se podría comenzar con lo que yo llamo la "open season", o lo que es lo mismo, se vacunará todo aquel de la población que lo solicite. Si actuamos correctamente, para la mitad o para el final del verano tendríamos vacunados al 70%-85% de la población y cuando llegemos a alcanzar esas coberturas dispondremos de un paraguas de protección para todos los habitantes de este país. La circulación del virus será tan baja porque habremos conseguido la inmunidad de rebaño. Por tanto, espero que la consigamos para final del segundo o comienzos del tercer trimestre del 2021.

Por último, me gustaría preguntarle sobre el llamado "efecto Fauci" o el impacto que está teniendo en los jóvenes estudiantes cuando dicen quiero estudiar medicina, quiero ciencia. Cuando oye a estos jóvenes, ¿cómo se siente?

Bueno. Me siento bien cuando los jóvenes eligen una profesión que yo amo y en la que he estado tanto tiempo, pero pienso que

ese “efecto” también tiene que ver con el valor de los profesionales sanitarios en las salas de urgencias y en las unidades de cuidados intensivos. La gente está viendo una cara de la medicina que no habían visto anteriormente, ven a personas que han asumido su responsabilidad y hacen su trabajo. Intento ser claro y decir la verdad: los sanitarios están arriesgando diariamente su salud y sus vidas para cuidar de la población. Pienso que la cara de la medicina ahora es mucho más atractiva que lo era en el pasado.

Mis colegas me han encargado que te pregunte: en tu carrera profesional te has enfrentado al VIH, al virus Ébola y a otras pandemias. ¿Por qué ha resultado tan difícil manejarse con la COVID-19?, ¿ha influido la clase política?, ¿ha tenido un impacto mediático desconocido hasta ahora?

Cuando te enfrentas a un brote en salud pública, un brote como nunca se había visto en 102 años, todos tienen que remar en la misma dirección para conseguir el máximo impacto. Desgraciadamente vivimos en una sociedad dividida. Creo que cualquiera que vea lo que ha pasado en los Estados Unidos tiene que concluir que hay mucha división, que lo que hace es que cualquier decisión en salud pública, por simple que sea, tiene una connotación política. A la hora de querer vacunarse o no, ¿por qué tiene que haber diferencias entre republicanos y demócratas? No tendría que haber diferencias ya que solo se trata de un asunto de salud pública. Esta división ha hecho que la situación sea más compleja ya que se dan mensajes contradictorios que confunden a la población y que dificulta la correcta elección. Cuando te enfrentas a algo tan grave como una pandemia hay que ser uniforme y consistente.

Dr Fauci, quiero agradecerle por todo su trabajo en estos más de 40 años en el National Institute of Allergy and Infectious Diseases y por lo que está haciendo para que nos mantengamos seguros en una pandemia que ocurre una vez cada cien años.

Gracias. Ha sido un placer.

Traducido y adaptado por José A. Navarro-Alonso M.D.

Pediatra. Comité Editorial A.E.V.

janavarroalonso@gmail.com