

Los expertos debaten el 'mérito' de los confinamientos (John Snow Memorandum frente a la Protección Focal (Great Barrington Declaration))

09/11/2020

En la revista [British Medical Journal](#) aparece un interesante artículo en el que tres expertos exponen sus diferentes puntos de vista en relación a las medidas apropiadas de salud pública tendentes a controlar la diseminación del SARS-CoV-2 en una reunión esponsorizada por la *Johns Hopkins University*. Los expertos representaban opiniones que variaban entre la promoción de la protección focalizada, tal como se describe en la [Declaración Great Barrington](#) frente a las recomendaciones poblacionales tal como las describe el memorando de *John Snow*. La primera propone permitir a los que tienen un riesgo ínfimo de morir por COVID-19 vivir sus vidas con normalidad para construir inmunidad frente al virus mediante la infección natural y, de esa manera, proteger a los que están en mayor riesgo de enfermedad grave y muerte. La segunda propone medidas efectivas que controlen la transmisión apoyadas por programas financieros y sociales que aborden las inequidades que la pandemia ha amplificado. Además, implica continuar con las restricciones para reducir la transmisión y evitar confinamientos futuros y con el resto de medidas de salud pública.

Uno de los participantes, David Dowdy, epidemiólogo de la *Johns Hopkins School of Medicine* estaba de acuerdo con buena parte del memorando, pero matiza que el foco debe

ponerse en la detección de los brotes localizados mediante un sistema integral de test, trazabilidad, aislamiento y apoyo una vez que se alcancen niveles bajos de COVID-19. Se apoya en la experiencia de Australia, que centra las intervenciones en áreas geográficas localizadas (códigos postales) donde hay transmisión, pero no firma el memorando, al contrario que lo que han hecho miles de médicos en todo el mundo. Sus motivos: le preocupa que algunos colegas tuvieran vergüenza implícita con puntos de vista distintos, lo que les podría impedir hablar claro.

Jay Bhattacharya, economista y profesor de medicina de la *Stanford University* y que es co-autor de la Declaración *Great Barrington*, expuso que las amplias diferencias en las tasas de riesgo de morir en base a la edad y a las comorbilidades permitirían una “protección focal” de los de alto riesgo, permitiendo que los niños vayan a la escuela y que los jóvenes adultos sigan trabajando. Se apoyó en datos de seroprevalencia publicados por la OMS en los que la tasa de supervivencia es del 95% para los de setenta o más años, mientras que en los de menos de esas edades es del 99.95%. Añadió que los amplios confinamientos pueden, paradójicamente, aumentar los daños a las personas mayores, ya que puede causar que por motivos económicos los jóvenes tengan que vivir con sus padres. Un beneficio de la protección focal sería la redirección de recursos a donde más se necesiten.

Un epidemiólogo de enfermedades infecciosas de la *Johns Hopkins School of Public Health*, Stefan Baral, apoyó las intervenciones que protegen a las personas de alto riesgo más que a amplios confinamientos de toda la población. La simple apertura de la sociedad no es suficiente, al menos, hasta que existan políticas de apoyo para las personas de riesgo, del tipo de compensar pérdidas de salarios y procurar alojamientos en caso de positividad cuando no puedan aislarse en su casa.

Cuando el moderador sugirió que la Declaración *Great Barrington* recomienda como estrategia el alcanzar la inmunidad

de rebaño, Jay Bhattacharya explicó que él y sus colegas no ven esa inmunidad como estrategia, sino como *“un mero hecho biológico”*: *“se trata de cómo llegas allí con la menor miseria posible, con las menores muertes y con el menor daño”*. La mejor manera es reconocer quién está en peligro y dedicar enormes recursos, creatividad y energía para protegerlos. El economista citó unas estimaciones del *United Nations World Food Program* en el que se decía que los confinamientos habían causado roturas en la cadena de alimentos y que se esperaba que podían empujar a 135 millones de personas a una hambruna grave para fin de año. Otro importante daño colateral sería el derivado de la falta de escolarización. Un área de consenso fue el que tendrían que evitar los confinamientos amplios. Persisten las diferencias respecto a cómo hacer los confinamientos locales una vez que nos encontremos en las segundas o terceras oleadas de la COVID-19. En cualquier caso, expresaron su esperanza de que este diálogo inicial sea el comienzo de más discusiones tanto respetuosas como basadas en evidencias.

**Los expertos debaten el
'mérito' de los
confinamientos (John Snow
Memorandum frente a la
Protección Focal (Great**

Barrington Declaration)

09/11/2020

En la revista [*British Medical Journal*](#) aparece un interesante artículo en el que tres expertos exponen sus diferentes puntos de vista en relación a las medidas apropiadas de salud pública tendentes a controlar la diseminación del SARS-CoV-2 en una reunión esponsorizada por la *Johns Hopkins University*. Los expertos representaban opiniones que variaban entre la promoción de la protección focalizada, tal como se describe en la [*Declaración Great Barrington*](#) frente a las recomendaciones poblacionales tal como las describe el memorando de *John Snow*. La primera propone permitir a los que tienen un riesgo ínfimo de morir por COVID-19 vivir sus vidas con normalidad para construir inmunidad frente al virus mediante la infección natural y, de esa manera, proteger a los que están en mayor riesgo de enfermedad grave y muerte. La segunda propone medidas efectivas que controlen la transmisión apoyadas por programas financieros y sociales que aborden las inequidades que la pandemia ha amplificado. Además, implica continuar con las restricciones para reducir la transmisión y evitar confinamientos futuros y con el resto de medidas de salud pública.

Uno de los participantes, David Dowdy, epidemiólogo de la *Johns Hopkins School of Medicine* estaba de acuerdo con buena parte del memorando, pero matiza que el foco debe ponerse en la detección de los brotes localizados mediante un sistema integral de test, trazabilidad, aislamiento y apoyo una vez que se alcancen niveles bajos de COVID-19. Se apoya en la experiencia de Australia, que centra las intervenciones en áreas geográficas localizadas (códigos postales) donde hay transmisión, pero no firma el memorando, al contrario que lo que han hecho miles de médicos en todo el mundo. Sus motivos: le preocupa que algunos colegas tuvieran vergüenza implícita con puntos de vista distintos, lo que les podría impedir

hablar claro.

Jay Bhattacharya, economista y profesor de medicina de la *Stanford University* y que es co-autor de la Declaración *Great Barrington*, expuso que las amplias diferencias en las tasas de riesgo de morir en base a la edad y a las comorbilidades permitirían una “protección focal” de los de alto riesgo, permitiendo que los niños vayan a la escuela y que los jóvenes adultos sigan trabajando. Se apoyó en datos de seroprevalencia publicados por la OMS en los que la tasa de supervivencia es del 95% para los de setenta o más años, mientras que en los de menos de esas edades es del 99.95%. Añadió que los amplios confinamientos pueden, paradójicamente, aumentar los daños a las personas mayores, ya que puede causar que por motivos económicos los jóvenes tengan que vivir con sus padres. Un beneficio de la protección focal sería la redirección de recursos a donde más se necesiten.

Un epidemiólogo de enfermedades infecciosas de la *Johns Hopkins School of Public Health*, Stefan Baral, apoyó las intervenciones que protegen a las personas de alto riesgo más que a amplios confinamientos de toda la población. La simple apertura de la sociedad no es suficiente, al menos, hasta que existan políticas de apoyo para las personas de riesgo, del tipo de compensar pérdidas de salarios y procurar alojamientos en caso de positividad cuando no puedan aislarse en su casa.

Cuando el moderador sugirió que la Declaración *Great Barrington* recomienda como estrategia el alcanzar la inmunidad de rebaño, Jay Bhattacharya explicó que él y sus colegas no ven esa inmunidad como estrategia, sino como “*un mero hecho biológico*”: “*se trata de cómo llegas allí con la menor miseria posible, con las menores muertes y con el menor daño*”. La mejor manera es reconocer quién está en peligro y dedicar enormes recursos, creatividad y energía para protegerlos. El economista citó unas estimaciones del *United Nations World Food Program* en el que se decía que los confinamientos habían causado roturas en la cadena de alimentos y que se esperaba

que podían empujar a 135 millones de personas a una hambruna grave para fin de año. Otro importante daño colateral sería el derivado de la falta de escolarización. Un área de consenso fue el que tendrían que evitar los confinamientos amplios. Persisten las diferencias respecto a cómo hacer los confinamientos locales una vez que nos encontremos en las segundas o terceras oleadas de la COVID-19. En cualquier caso, expresaron su esperanza de que este diálogo inicial sea el comienzo de más discusiones tanto respetuosas como basadas en evidencias.

Las autoridades sanitarias del Reino Unido dan instrucciones para una próxima vacunación frente al SARS-CoV-2

09/11/2020

El jefe ejecutivo del [National Health Service](#) (NHS) de Inglaterra, Simon Stevens, ha comunicado que se encuentran preparando una vacunación frente a la COVID-19 que podría comenzar tan pronto como para el próximo mes de diciembre, aunque algún portavoz del Ministerio de Salud ha comentado que hay incertidumbres en cuanto en qué momento puede estar disponible la vacuna. El NHS ha alcanzado un acuerdo con los líderes de los médicos generales para que vayan planificando las actividades necesarias, aunque los detalles del programa se darán a conocer en breve. Para ello se aprovechará el actual sistema de vacunación antigripal por

parte de los médicos y de las farmacias, priorizando a las personas mayores, sanitarios y staff de las residencias de mayores.

Añadió que habrá que trabajar aspectos logísticos entre los que destaca el hecho de que alguna de las vacunas a utilizar debe conservarse a -70°C o menos hasta el puesto de vacunación. En cualquier caso, el programa está supeditado a la aprobación de las vacunas por parte del *Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency* del Reino Unido.

Algunas [fuentes](#) apuntan a que los médicos recibirán 12.58 libras esterlinas por cada persona vacunada (dos dosis).

Johnson & Johnson incluye a niños de 12 a 18 años en sus ensayos y Novavax a minorías étnicas

09/11/2020

Según *Medscape Infectious Diseases*, la farmacéutica *Johnson & Johnson* ha comunicado en la reunión del ACIP de 30 de octubre que planea comenzar a ensayar su vacuna de vectores de adenovirus no replicante en pre-adolescentes de 12 a 18 años tan pronto como sea posible. Dependiendo de la seguridad de la vacuna y de otros factores, quizás podrían plantearse incluir a niños de menor edad, uniéndose de esta manera a *Pfizer/BioNTech* que ya comenzó el ensayo en niños a partir de los doce años. Recordemos que *Johnson & Johnson* comenzó la fase III a finales de septiembre reclutando a 60.000 voluntarios.

Por su parte, *Novavax*, expuso en ese mismo meeting que comenzará el próximo mes en los Estados Unidos y en Méjico una parte de la fase III de su vacuna que incluirá a un 15% de negros, del 10% al 20% de latinos y entre el 1% y el 2% de nativos americanos. Hasta la fecha, la fase III de su vacuna de nanopartícula adyuvada con Matrix-M1 se está desarrollando en Gran Bretaña.

Administración de vacunas en mastectomía con linfedema

09/11/2020

Respuesta del Experto a ...

Administración de vacunas en mastectomía con linfedema

Pregunta

En caso de una paciente con doble mastectomía y linfedema en ambos brazos, ¿ dónde administramos la vacuna de la gripe ?
Muchas gracias

Respuesta de José Antonio Navarro (6 de Noviembre de 2020)

Buen día. El músculo vasto externo es una vía alternativa de administración de vacunas en el adulto ⁽¹⁾.

Referencias

¹ Immunization Action Coalition, Ask the Experts. Administering vaccines. Disponible en:

<https://www.immunize.org/askexperts/administering-vaccines.asp>

Interferencia de la vacunación frente a la tos ferina materna con la vacunación frente a la tos ferina en bebés

09/11/2020

Abu-Raya B, Edwards K. Interference with pertussis vaccination in infants after maternal pertussis vaccination. Pediatrics 2020;146(3):e20193579

Los autores analizan el significado que puede representar en cuanto a la incidencia de la tosferina del lactante la interferencia entre la vacunación materna con Tdap y la vacunación del lactante con DTPa o DTPw. Lo que actualmente parece confirmado es que la interferencia es mayor cuando el lactante recibe la vacuna de célula entera. Este hecho podría representar un problema en aquellos países de renta baja-media que opten por iniciar un programa de vacunación antitosferinosa en la embarazada. Los datos procedentes de países de alta renta no sugieren que esa interferencia se traduzca en un significado clínico, pero constatar si tampoco existe con la vacuna DTPw en países de baja renta es más complicado debido a la inexistencia de programas integrales de vigilancia.

Una opción sería la del paso de DTPw a DTPa en series primarias, pero surgiría un problema derivado del coste económico y del mayor descenso inmunitario (waning) asociado a la vacuna DTPa. Otra opción para mitigar el impacto de la

interferencia pasaría por retrasar la edad de inicio de la vacunación, pero no estaría exenta de dificultades, particularmente porque implicaría retrasar la edad de administración de otras vacunas frente a enfermedades prevalentes en los primeros meses de vida.

Otras alternativas planteadas se fundamentarían en desarrollar vacunas con toxina pertussis genéticamente detoxificada o vacunas intranasales atenuadas.

En cualquier caso, es primordial la vigilancia en los países de alta renta y en los de renta media (Argentina) que pueden informar a los de baja renta.

[• Interferencia de la vacunación frente a la tos ferina materna con la vacunación frente a la tos ferina en bebés](#)

Vacunación frente al virus respiratorio sincitial durante el embarazo y su efecto en los lactantes

09/11/2020

Madhi S, Polack F, Piedra P et al. Respiratory syncytial virus vaccination during pregnancy and effects in infants. The New England Journal of Medicine 2020;383: 426-439

Ensayo clínico ciego, aleatorizado y controlado con placebo en 87 lugares del mundo de una vacuna frente al virus respiratorio sincitial constituida por nanopartículas de la proteína F en estado de prefusión, administrada a gestantes de

18 a 40 años entre las semanas gestacionales 28 y 36, antes de que circulara el virus en sus comunidades.

Se randomizaron 4636 mujeres con 4579 nacidos vivos. Por protocolo y durante los primeros noventa días de vida, el porcentaje de lactantes con infección respiratoria baja significativa asociada al VRS fue de 1.5% en el grupo vacunal y 2.4% en el placebo (eficacia 39.4% con IC 95%: -1.0 a 63.7). En países de alta renta descendió a 37.7% (-33.8 a 71.0). La eficacia frente a infecciones bajas con hipoxemia grave fue de 49.3% (-27.1 a 79.8) y de 46.6% (-83.6 a 84.5) para países de baja y alta renta, respectivamente. La eficacia frente a hospitalizaciones alcanzó el 54.2% (29.5 a 70.2) y el 7.8% (-92.4 a 55.8), respectivamente.

Los autores concluyen que la vacuna no cumplió con satisfacción los criterios preespecificados de eficacia en los lactantes en sus primeros noventa días de vida. Una editorial acompañante concluye que el estudio proporciona las bases para futuros estudios con vacunas alternativas que induzcan respuestas de anticuerpos neutralizantes protectoras y duraderas.

Vacunación frente al virus respiratorio sincitial durante el embarazo y su efecto en los lactantes

Reingresos hospitalarios tras las hospitalizaciones por gripe confirmada por

Laboratorio

09/11/2020

Dobrzynski D, Ndi D, Zhu Y et al. Hospital readmissions after laboratory confirmed influenza hospitalizations. J Infect Dis 2020,222:583-589

Dado el escaso conocimiento acerca de los reingresos hospitalarios causados por la gripe, los autores buscan caracterizar la frecuencia de esos reingresos en pacientes con gripe confirmada por laboratorio mediante un estudio retrospectivo llevado a cabo en Tennessee entre 2006 y 2016.

De 2897 pacientes con gripe confirmada, 409 y 1364 sufrieron al menos un reingreso en los primeros 30 días y el primer año tras el primer ingreso, respectivamente. Se constataron múltiples reingresos en el 54% de los pacientes. Los reingresos eran de mayor edad, mujeres y tenían más comorbilidades que los pacientes que no precisaron ingreso. Las causas más frecuentes de reingreso en los primeros treinta días tras padecer la gripe fueron neumonía, exacerbación de la EPOC, sepsis, fallo respiratorio agudo y fallo renal. En los 365 días posteriores los motivos fueron: enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar, enfermedad renal, diabetes, inmunosupresión y enfermedad hepática. La mitad de los reingresos (46%) lo fueron en personas de 65 o más años. Tras exponer las limitaciones del estudio (infraestimación del número de ingresos), los autores concluyen que hacen falta estudios adicionales para conocer el papel de la vacunación antigripal en los reingresos hospitalarios.

[• Reingresos hospitalarios tras las hospitalizaciones por gripe confirmada por laboratorio](#)

Seguridad postcomercialización de las vacunas aprobadas por la Food and Drug Administration de los EEUU. Un estudio de cohortes

09/11/2020

Tau N, Yahav D, Shepshelovich D. Postmarketing safety of vaccines approved by the U.S. Food and Drug Administration. A cohort study. Ann Intern Med published on July 28, 2020

Estudio retrospectivo de cohortes diseñado para explorar las modificaciones en el aspecto de la seguridad llevadas a cabo por la *Food and Drug Administration* de los Estados Unidos como consecuencia de la vigilancia postcomercialización llevada a cabo entre enero de 1996 y diciembre de 2015.

El estudio incluyó 57 vacunas aprobadas por aquel regulador. Para 53 de ellas, su autorización se basó en los datos aportados por ensayos clínicos aleatorios con una media de participantes de 4161 individuos. Se acometieron 58 modificaciones en el apartado de seguridad para 25 vacunas (49 de precaución, 8 contraindicaciones y una retirada del mercado). Las características de los ensayos precomercialización fueron similares para las que se modificaron y para las que no. El aspecto más habitual que llevó a modificar la ficha técnica fue la ampliación de las restricciones en cuanto a las indicaciones de edad y las alergias. La fuente más común que motivó los cambios fue la vigilancia postcomercialización. Los autores concluyen que tras un periodo de veinte años, las vacunas son notablemente

seguras. Los hallazgos apoyan la robustez del proceso precomercialización y el de la vigilancia postcomercialización.

- **Seguridad postcomercialización de las vacunas aprobadas por la *Food and Drug Administration* de los EEUU. Un estudio de cohortes**
-

Las respuestas de células T duran al menos seis meses

09/11/2020

En un artículo [preprint](#) del que se ha hecho eco la revista [The British Medical Journal](#) se exponen los datos de un estudio llevado a cabo por investigadores ingleses entre los que se encuentran Shamez Ladhani y Mary Ramsay que demuestran por vez primera que la respuesta celular T permanece robusta al menos hasta los seis meses desde el inicio de síntomas de la COVID-19, tanto en infecciones sintomáticas -leve o moderada sin ingreso hospitalario- como en asintomáticas. Para ello, han seguido a 100 individuos que fueron seropositivos a SARS-CoV-2 entre marzo y abril, con una edad media de 41 años (22 a 65). Se analizó el suero mensualmente para medir los títulos de anticuerpos y muestras de sangre a los seis meses para medir las respuestas de células T.

Los anticuerpos frente a la *spike* la nucleoproteína decayeron al 50% en los primeros dos meses tras la infección para permanecer en “meseta” hasta los seis. En cuanto a la respuesta T, los cien estudiados tenían respuestas T hasta esos seis meses y fue un 50% superior en los que experimentaron síntomas, lo que según los autores no necesariamente significa que sean más o menos susceptibles a

la reinfección. Curiosamente, las más altas respuestas celulares T a los seis meses frente a la nucleoproteína y a la proteína de membrana se correlacionaron con un descenso más lento de los anticuerpos frente a la nucleoproteína, pero no ocurrió lo mismo con los de la *spike*. No obstante, más del 80% tenían respuestas T frente a esa glucoproteína a los seis meses.

Los resultados resultan tranquilizadores ya que aunque decaen los títulos de anticuerpos en pocos meses, se mantiene un cierto grado de inmunidad. La cuestión pendiente sería: ¿la persistencia de células T proporciona una protección eficiente frente a la reinfección?

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

Pediatra. Comité Editorial A.E.V.

janavarroalonso@gmail.com

Prohibida la reproducción total o parcial de esta información sin citar su fuente