



EDITORIAL

Ómicron, un *reset* en la gestión de la pandemiaOmicron, a *reset* in the management of the pandemic

Tras dos años de pandemia, la explosiva presentación de ómicron, la última variante del SARS-CoV-2, tiene consecuencias que obligan a un *reset* en la gestión pandémica. Una variante intrínsecamente menos patógena pero muy transmisible que muy probablemente transita el camino hacia la endemidad¹, obliga a un reinicio del plan al confirmarse varias sospechas². La primera, que la vacunación no detiene la transmisión comunitaria del virus. Igual que los sujetos no vacunados, los vacunados se contagian y contagian entre sí, a los no vacunados y de los no vacunados. Esto ya ocurría con delta^{3,4} pero ómicron se lo ha hecho ver al más obstinado defensor del «vacúnate para proteger a los demás». En los países con altos porcentajes de vacunación como España, la principal fuente de contagio actual son los sujetos vacunados, sencillamente porque son la inmensa mayoría y la actual variante elude considerablemente la inmunidad previa (vacunal o natural). Es más, es probable que al reducir las formas sintomáticas –graves y no graves– en los vacunados, la vacunación masiva potencie la transmisión asintomática del virus⁵, lo que concuerda con los datos oficiales que en esta sexta ola muestran un número de casos asintomáticos que cuadruplica el de sintomáticos cuando hasta ahora había sido al revés. Decir esto no es ir contra las vacunas. Significa que ya nadie puede ponerse una vacuna para evitar la transmisión del virus. Las vacunas han reducido de forma importante en quienes se las han puesto el desarrollo de complicaciones graves y fallecimiento, una capacidad que mantienen incluso con ómicron⁶. Se esfuma definitivamente una inmunidad de grupo que muchos ya tuvimos claro hace meses que no existía⁷ y cuya ausencia comprueban ahora en carne propia millones de vacunados.

La segunda sospecha confirmada por todo lo anterior es la inutilidad del llamado «pasaporte COVID» para frenar la circulación viral. Es más, esta intervención ha podido constituir el gran error en la gestión pandémica de esta ola invernal en muchos países de Europa. Con este «pasaporte» se ha intentado, además, estimular la vacunación del no vacunado, limitándole el acceso a determinados lugares con la idea de reducir los contagios. Actuando así, al vacunado se

le ha hecho pensar que era perfectamente inmune y seguro su acceso relajado a dichos lugares, y que lo de contagiarse y contagiar era cosa de no vacunados. El problema, también ético, es que este acceso se le está impidiendo al no vacunado en algunos países europeos, no sólo a lugares de ocio o de restauración, sino a cosas tan importantes como al mismísimo transporte público o a su actividad laboral. Dirigentes políticos llegaron a decir que estábamos ante una «pandemia de no vacunados» o que les iban a «hacer la vida imposible» a los mismos. La Europa de los bandos, de los señalamientos, de buenos y malos, pierde calidad democrática a borbotones.

De este modo, políticos y medios de comunicación han alimentado una polarización social en torno a estas intervenciones –vacunación y «pasaporte COVID»– que ahora se revelan fallidas para detener la circulación viral y los contagios. En paralelo, la actuación de algunos medios ha dejado mucho que desear. El periodismo ha de hacer algo más que transmitir en directo el número de casos, hospitalizados y fallecidos y, sobre todo, algo más que comunicar aquello que los políticos quieren que se diga a la gente. ¿Debemos seguir vacunando repetidamente a la población? En esto, también ómicron supone un punto y aparte pandémico. Su menor virulencia intrínseca obliga a replantearnos el balance beneficio/riesgo del refuerzo vacunal en sujetos sanos relativamente jóvenes y correctamente vacunados. Por ejemplo, ¿deben recibir una dosis de refuerzo aquellos millones de contagiados en esta sexta ola (más de 2,6 millones de notificados a fecha de hoy [12-1-22], muchos más en realidad), sin factores de riesgo y menores de 50 años de edad? Esto sitúa en el primer plano de interés a la inmunidad natural, más potente, completa y duradera que la proporcionada por la vacuna⁸. Una inmunidad que se desarrolla en todos nosotros tras la infección, sintomática o no, y que se ha mantenido invisibilizada, cuando no denigrada, a lo largo de la pandemia por responsables políticos, supuestos expertos y por aquellos medios de comunicación que se han limitado a ser sus voceros. A ómicron se le reconoce una notable capacidad de escape a la inmunidad mediada por anticuerpos

tanto vacunal como natural. Sin embargo, la inmunidad celular (inducida por la vacuna o por infección previa) mantiene prácticamente intacta su potencial eficacia coadyuvante en la reducción de la gravedad clínica tras una primoinfección (o reinfección) por las principales variantes del nuevo coronavirus⁹, incluida ómicron¹⁰. La vacunación es útil en la reducción de casos graves y fallecimientos, pero también ha contribuido a ello la inmunidad natural, el efecto cosecha y la menor patogenicidad de ómicron. Por ello, la vacunación no se puede apropiarse del efecto reductor de estos tres factores¹¹. Investigar la participación de cada uno de ellos en dicha reducción es necesario para acercarnos a la realidad pandémica en nuestro país. Para ello, es imprescindible realizar un estudio de seroprevalencia de base poblacional al concluir esta sexta ola. A lo largo de la pandemia, la atención primaria ha estado tan invisibilizada y denigrada como la inmunidad natural. Al final, los propios ciudadanos han puesto las cosas en su sitio en la encuesta del Barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas correspondiente al pasado mes de diciembre en donde se muestra que, a lo largo de la pandemia, el 57,8% de las personas con síntomas de coronavirus acudió a su médico de familia y el 7,5% al servicio de urgencias de atención primaria; sólo el 11% lo hizo a las urgencias del hospital¹². También al final, la inmunidad celular (natural y vacunal) pondrá al virus en su sitio, que no es otro que junto con los otros cuatro coronavirus de distribución endémica mundial productores de catarros o infecciones respiratorias altas.

Bibliografía

1. Lavine JS, Bjornstad ON, Antia R. Immunological characteristics govern the transition of COVID-19 to endemicity. *Science*. 2021;371:741–5, <http://dx.doi.org/10.1126/science.abe6522>.
2. Comité de redacción de AMF. Hacia el fin de la excepcionalidad. *AMF*. 2022;18:4–8 [consultado 12 Ene 2022]. Disponible en: <https://amf-semfyc.com/web/article/3063>
3. Franco-Paredes C. Transmissibility of SARS-CoV-2 among fully vaccinated individuals. *Lancet Infect Dis*. 2022;22:16, [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00768-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00768-4).
4. Singanayaman A, Hakki S, Dunning J, Madon KJ, Crone MA, Koycheva A, et al. Community transmission and viral load kinetics of the SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK: a prospective, longitudinal, cohort study. *Lancet Infect Dis*. 2021, [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00648-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00648-4).
5. Acharya CB, Schrom J, Mitchell AM, Coil DA, Marquez C, Rojas S, et al. No significant difference in viral load between vaccinated and unvaccinated, asymptomatic and symptomatic groups when infected with SARS-CoV-2 Delta variant. *MedRxiv*. 2021, <http://dx.doi.org/10.1101/2021.09.28.21264262>.
6. European Medicines Agency. Preliminary data indicate COVID-19 vaccines remain effective against severe disease and hospitalisation caused by the Omicron variant. 2022 [consultado 12 Ene 2022]. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/news/preliminary-data-indicate-covid-19-vaccines-remain-effective-against-severe-disease-hospitalisation>
7. Gervas J. El espejismo de la inmunidad de rebaño en la COVID-19. Blog «Salud, Dinero y Atención Primaria». 2021 [consultado 12 Ene 2022]. Disponible en: <https://saludinerop.blogspot.com/2021/08/el-espejismo-de-la-inmunidad-de-rebano.html>
8. Gazit S, Shlezinger R, Perez G, Lotan R, Peretz A, Ben-Tov A, et al. Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections. *MedRxiv*. 2021, <http://dx.doi.org/10.1101/2021.08.24.21262415>.
9. Lozano-Rodríguez R, Valentín-Quiroga J, Avendaño-Ortiz J, Martín-Quirós A, Pascual-Iglesias A, Terrón-Arcos V, et al. Cellular and humoral functional responses after BNT162b2 mRNA vaccination differ longitudinally between naive and subjects recovered from COVID-19. *Cell Rep*. 2022;38:110235, <http://dx.doi.org/10.1016/j.celrep.2021.110235>.
10. Liu J, Chandrashekar A, Sellers D, Barrett J, Lifton M, McMahan K, et al. Vaccines Elicit Highly Cross-Reactive Cellular Immunity to the SARS-CoV-2 Omicron Variant. *MedRxiv*. 2022, <http://dx.doi.org/10.1101/2022.01.02.22268634>.
11. Simó J. De lo que no se deben adueñar las vacunas y una primaria desesperada. Blog «Salud, Dinero y Atención Primaria». 2022 [consultado 12 Ene 2022]. Disponible en: <https://saludinerop.blogspot.com/2022/01/de-lo-que-no-se-deben-aduenar-las.html>.
12. Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de diciembre 2021. CIS. 2021 [consultado 12 Ene 2022]. Disponible en: http://datos.cis.es/pdf/Es3344marMT_A.pdf

Juan Simó Miñana
 Centro de Salud de Rochapea, Pamplona, España
 Correo electrónico: ju.simom@gmail.com