

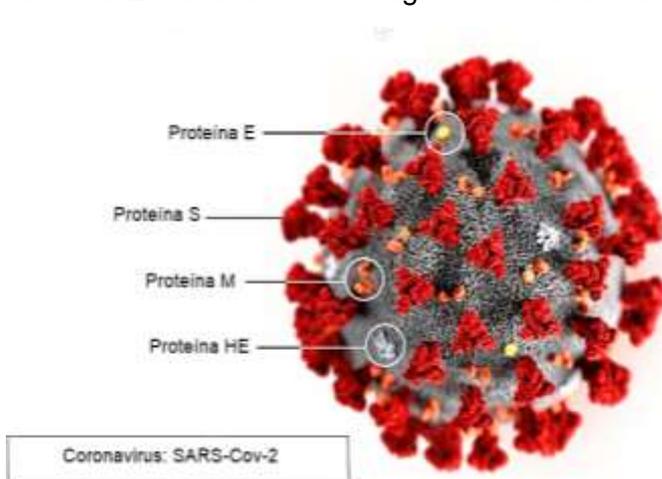
## COVID-19

### Información actualizada (8-enero-2022) para pacientes con espondiloartritis

En la última semana de 2021 y la primera semana de enero de 2022 se han comunicado en España más de 1.208.000 contagios por SARS-Cov2, coronavirus que causa la Covid-19. Todo ello pese a que más del 90% de la población mayor de 12 años ha recibido la pauta completa de vacunación (Pfizer-BioNTech -Comirnaty®, vacuna Covid-19 de Moderna, Vaxzevria de Astra Zeneca o la vacuna Covid-19 de Janssen) y que más del 85% de los mayores de 60 años han recibido una “dosis de refuerzo”.

Aunque los medios de comunicación (radio, prensa y la mayoría de las cadenas televisivas) han insistido y exhortan constantemente a la vacunación y los distintos gobiernos han incentivado las vacunaciones por diversas vías, la pandemia de Covid-19 no sólo no se ha frenado sino que ha aumentado su prevalencia en la población con las nuevas variantes (desde la variante delta y delta-plus hasta la ómicron, aparte de otras que se irán detectando durante las próximas semanas y meses).

Todos los ciudadanos tienen que saber que, en el ámbito sanitario, la vacunación tiene como finalidad reducir la gravedad de la Covid-19, pero no evita el contagio y los vacunados infectados transmiten el coronavirus a sus contactos. Como las inoculaciones no son “esterilizantes”, no evitan el contagio ni la infección –lo que es obvio y queda claramente reflejado en la progresión de la pandemia-, nunca pueden producir inmunidad colectiva (“inmunidad de rebaño” o “inmunidad de grupo”). Estas expresiones falaces fueron martilleadas a través de los canales de información de masas y, aunque denunciadas por algunos virólogos e inmunólogos, han calado en la población por su reiteración. La falsedad de la presunción de posible inmunidad colectiva a través de la vacunación (con independencia de que hayan sido puestas en boca de “expertos”) ha quedado en evidencia. El ritmo de los contagios es mucho más alto que en las mismas fechas de 2020. Salvo



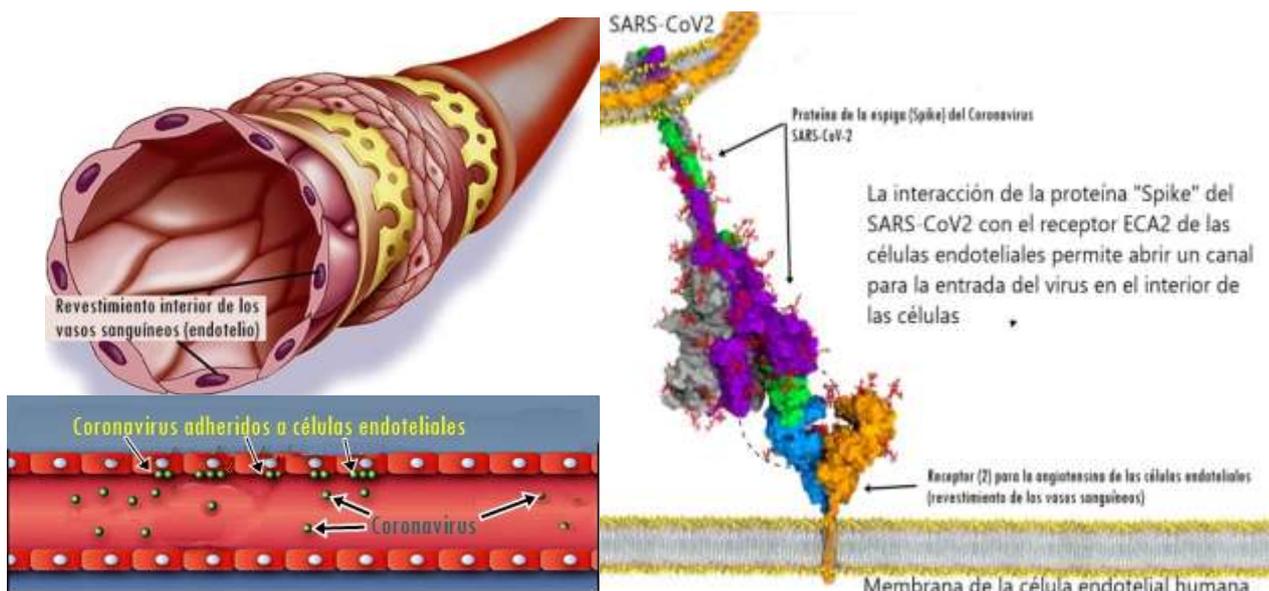
contadas excepciones, los medios de comunicación y los expertos que en ellos han opinado, no han explicado tampoco de forma adecuada a los ciudadanos lo que debían esperar de las vacunas. Han mencionado, vocablos como inoculación (vacunación), inmunización y protección a modo de sinónimos y esta falacia, lo queramos o no, ha contribuido a que muchos, creyéndose protegidos contra la Covid-19 por la vacunación, hayan reducido las medidas de seguridad. Esta confusión se percibe en la práctica clínica y está fomentada por la infodemia de los medios de comunicación; además, su alcance es transnacional.

Es fundamental que los pacientes con espondiloartritis tengan claro que alrededor del 95% de quienes se vacunan forman anticuerpos frente a la proteína *Spike* (S) del coronavirus SARS-Cov2 original de Wuhan (lo que se refiere como **inmunización**), pero, al menos, el 15% no tendrá el título suficiente de anticuerpos y / o dichos anticuerpos tendrán escasa afinidad por los puntos de bloqueo de la proteína S (ausencia de **protección**). Las nuevas variantes de SARS-Cov2 como la delta, eluden en más del 60% a los anticuerpos y NO son neutralizados. Esto todavía es más llamativo para ómicron, que se escapa de los anticuerpos que generan las vacunas por presentar más de 50 mutaciones en dicha proteína S. Por este motivo, pese a la denominada “dosis de refuerzo”, el contagio y la infección por ómicron es muy fácil ya que, además, esta variante es de mayor transmisibilidad. Restringir las reuniones de personas a “vacunados” no reduce en absoluto

el peligro de contagio. El hecho de no estar vacunado aumenta el riesgo de Covid-19 grave pero no incrementa la contagiosidad. En el aspecto de salud, quienes no se vacunan no constituyen peligro alguno ni para la sociedad ni para los vacunados. Como las inoculaciones (vacunaciones) contra la Covid-19 no evitan la infección ni el contagio ni contribuyen a la inmunidad colectiva, nunca deben obviarse las medidas como mascarillas, distancia de seguridad y ventilación del local.

En España, entre el 20 y 26 de diciembre de 2021 se recogían **290.783** nuevos casos en personas totalmente vacunadas y **90.325** en otras personas (no vacunadas o vacunadas de forma incompleta). Entre los mayores de 80 años, durante dicha semana, estaban hospitalizados **3.230** vacunados y **659** no vacunados; en total fallecieron en esos días **1.731** vacunados y **471** no vacunados. Los datos aportados por el Ministerio de Sanidad y Bienestar Social también reflejan una estimación de la tasa semanal media como índice para valorar la protección atribuida a la vacunación. Lamentablemente, las personas que han padecido la Covid-19 (más de 7 millones en España) deberían estar en un grupo aparte y no mayoritariamente dentro de los vacunados, ya que se sobreestima el efecto de las vacunas. Los números absolutos exponen de manera incuestionable que las vacunaciones no evitan padecer la Covid-19 ni blindan frente a enfermedad grave o muerte.

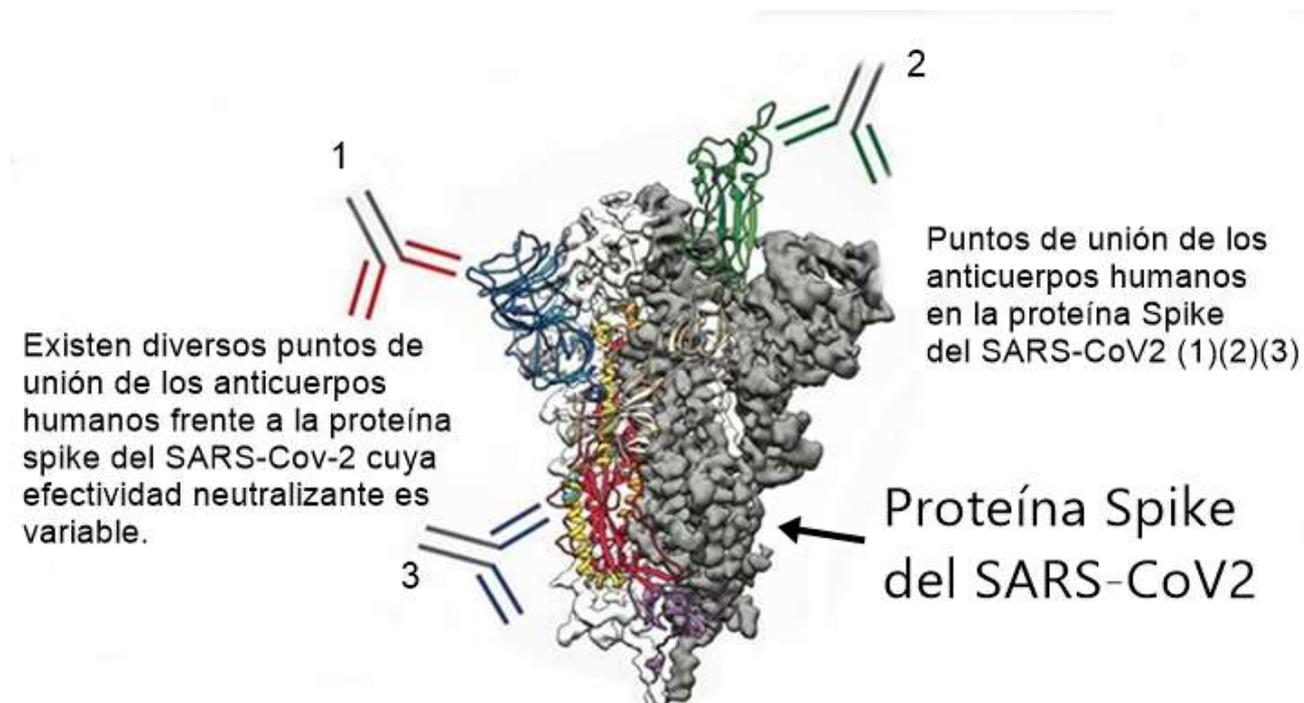
Según el Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, en la primera semana de enero de 2022, el porcentaje de vacunación de la población española superaba el 90%. Sin embargo, se han incluido ciudadanos que habían padecido Covid-19. Hasta ahora, en medicina, no se vacunaba a quienes ya habían padecido la enfermedad, pues el haber estado infectado y enfermo induce inmunidad de mayor alcance y duración que las vacunas. Este hecho provoca que la protección derivada de las



vacunas esté siendo constantemente sobreestimada. Menos de un 7% de los que han sufrido Covid-19 se reinfectan por nuevas variantes y, en cualquier caso la sintomatología suele ser muy leve o estar ausente. Los pacientes inmunodeprimidos –entre ellos muchos con espondiloartritis-, a tratamiento con dosis altas de metotrexato, leflunomida, anti-TNF-alfa..., generan menos anticuerpos (menor inmunización) tras las vacunaciones Covid-19 y –salvo algunas excepciones- presentan baja protección<sup>1-4</sup>. Así, un reciente estudio refleja una eficacia del 59,6% para Comirnaty® de Pfizer-BioNTech<sup>5</sup> en inmunosuprimidos. No obstante, los anti-TNF $\alpha$  parecen inducir –por su efecto antiinflamatorio- protección frente a Covid-19 grave en algunos pacientes.

La farmacovigilancia de las vacunas ha puesto de manifiesto potenciales efectos adversos graves o muy graves. Aunque son poco frecuentes, se han comunicado en un porcentaje de pacientes muy superior al reflejado en sus fichas técnicas. Estos efectos son particularmente serios en lo que concierne al sistema cardiocirculatorio (riesgo de trombosis, tromboflebitis, miocarditis....)<sup>6-9</sup>. En pacientes reumatológicos, la prevalencia de complicaciones cardiovasculares trombóticas alcanzó

un promedio del 5% en algunos estudios. Hemos de tener en cuenta que el SARS-Cov2 entra en las células que recubren el interior de los vasos sanguíneos (células endoteliales) uniéndose al receptor ACE. Las vacunas inducen la proteína S y parte de ésta se unen a los receptores ECA(2). Los anticuerpos dirigidos contra dicha proteína pueden dañar los endotelios de los vasos sanguíneos y provocar trombosis.



-Existen personas que no pueden vacunarse, ora por alergias a los excipientes de los preparados, ora por graves trastornos de la coagulación o del sistema inmunitario... En otras el motivo radica en haber sufrido efectos adversos graves con las primeras dosis o haberlos objetivado en familiares o amigos. También hay quienes rehusan por miedo u otro tipo de reticencias. Como parte inexcusable del código deontológico, los médicos debemos atender a todos ellos, con absoluta independencia del denominado “certificado Covid-19” o “Pasaporte Covid-19”. En cualquier caso, debe ser atendido como ser humano digno de los mismos derechos.

Como asociación sin ánimo de lucro, AVIDEPO busca el progreso, desarrollo y el bien común de la sociedad, pero con enfoque sobre el colectivo de enfermos con espondiloartritis en el ámbito de la provincia de Pontevedra. Forman parte de sus ideales, la fraternidad, la equitatividad y la libertad responsable, esto es, dentro de los correctos cauces que contribuyen a la convivencia y a la colaboración de sus asociados. La segregación, discriminación o polarización no son compatibles con sus principios éticos ni tampoco debieran serlo en otras asociaciones civiles.

Lo que se presenta a través de los medios –oficialmente- y con carácter transnacional- como *medida de Salud Pública* (“Pasaporte Covid-19”, “Certificado Covid-19”) no contribuye a la saludable vida social, profesional o económica. La implementación forzada de este salvoconducto contribuye a la segregación de los no vacunados y la polarización social, que se aleja de la fraternidad y nada tiene que ver con la correcta asistencia médica de los pacientes. La pretensión de vincular toda actividad profesional, social y privada a la posesión de ese “pasaporte” no se ajusta a la ética, toda vez que la vacunación no impide el contagio ni la infección ni contribuye a la inmunidad colectiva, siendo sólo útil para quien se vacuna (protección parcial de Covid-19 grave). La discriminación es fuente adicional de enfermedad social. La restricción de la entrada en locales a los pacientes vacunados a través del certificado Covid-19 no proporciona mayor “seguridad”. Esperamos de todos los socios la toma de consciencia sobre qué acciones son responsables en el

aspecto médico (salud), como la decisión individual y reflexiva de vacunarse –con conocimiento real de las expectativas de protección y potenciales efectos adversos-, el uso de las mascarillas, distancia de seguridad, y la ventilación de los locales; y cuáles están siendo forzadas a nivel transnacional con otras motivaciones.

#### Referencias:

1. Self W H. et al. *Comparative Effectiveness of Moderna, Pfizer-BioNTech, and Janssen (Johnson & Johnson) Vaccines in Preventing COVID-19 Hospitalizations Among Adults Without Immunocompromising Conditions - United States, March-August 2021*. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021 Sep 24;70(38):1337-1343. doi: 10.15585/mmwr.mm7038e1.
2. Sonani B et al. *COVID-19 vaccination in immunocompromised patients*. *Clinical Rheumatology* (2021) 40:797–798.
3. Simon D et al. *SARS-CoV-2 vaccination responses in untreated, conventionally treated and anticytokine-treated patients with immune-mediated inflammatory diseases*. *Ann Rheum Dis* 2021;80:1312–1316.
4. Adedoyin O et al. *Undetectable SARS-CoV-2 active adaptive immunity-post-vaccination or post-COVID-19 severe disease-after immunosuppressants use*. *BMJ Case Rep*. 2021; 29;14(11):e246308. doi: 10.1136/bcr-2021-246308.
5. Whitaker H J et al. *Pfizer-BioNTech and Oxford AstraZeneca COVID-19 vaccine effectiveness and immune response among individuals in clinical risk groups*. *Journal of Infection* 2022; <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2021.12.044>
6. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/1005197/COVID-19\\_vaccine\\_AstraZeneca\\_analysis\\_print.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1005197/COVID-19_vaccine_AstraZeneca_analysis_print.pdf)
7. See I et al. *US Case Reports of Cerebral Venous Sinus Thrombosis With Thrombocytopenia After Ad26.COV2.S Vaccination, March 2 to April 21, 2021*. *JAMA* . 2021 Jun 22; 325(24):2448-2456. doi: 10.1001/jama.2021.7517.
8. Lai Ch Ch. et al. *COVID-19 vaccines and thrombosis with thrombocytopenia syndrome*. *Expert Rev Vaccines*. 2021; 20:1027-1035. doi: 10.1080/14760584.2021.1949294.
9. Hwang J et al. *Predictors of mortality in thrombotic thrombocytopenia after adenoviral COVID-19 vaccination: the FAPIC score*. *Eur Heart J* 2021; 14; 42: 4053-4063. doi: 10.1093/eurheartj/ehab592.

Vigo, a 9 de enero de 2022.

Dr. Norberto Gómez Rodríguez

Reumatólogo.

Exmiembro numerario de la Sociedad española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.