

# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO | N.º 108 - Junio de 2021

COVID-19 • Evidencia sobre combinación de vacunas | Advierten sobre la diseminación de la variante Delta en Europa | Vacuna contra la COVID-19 e infección por SARS-CoV-2 | Notificaciones breves • EE. UU.: aprobación de la vacuna antineumocócica 20-valente • Argentina: vigilancia de virus respiratorios

## STAFF

Departamento de  
Epidemiología

### Dirección

DR. DANIEL STAMBOULIAN

### Coordinación y redacción

DRA. LILIÁN TESTÓN

### Edición

LIC. SOLEDAD LLARRULL

Con el aval de FIDEC y FUNCEI

**SUSCRIPCIÓN GRATUITA**  
epidemiologia@funcei.org.ar

### MÁS INFORMACIÓN

Twitter: @EpidemiologiaFUNCEI

### FIDEC

1390 S Dixie Hwy, suite 1106  
Miami FL 33146  
Tel.: 305 854 0075  
www.fidex-online.org

### FUNCEI

French 3037  
C1425AWK, CABA (Argentina)  
Tel.: 4809 4242 info@funcei.org.ar  
www.funcei.org.ar

## COVID-19: evidencia sobre combinación de vacunas

La combinación de las vacunas producidas por la Universidad de Oxford y AstraZeneca y por Pfizer y BioNTech desencadena una **potente respuesta inmunitaria**, según los resultados preliminares del ensayo español **CombivacS**, publicado como *preprint*. Es el primero en que se muestran beneficios de esta estrategia contra la COVID-19, aunque **hay experiencia con refuerzos heterólogos contra otras enfermedades**, como el ébola<sup>1,2</sup>.

Participaron 663 adultos menores de 60 años que ya habían recibido la primera dosis de la vacuna de la Universidad de Oxford y AstraZeneca, la cual utiliza un adenovirus como vector viral para transportar la secuencia que codifica el antígeno: la proteína S del SARS-CoV-2. Dos tercios de los participantes fueron seleccionados al azar para recibir, **al menos ocho semanas después de esa primera dosis**, la vacuna desarrollada por Pfizer a base de ARNm. Con 232 personas, el grupo de control aún no había completado el esquema cuando se publicaron los primeros resultados.

Luego de la aplicación de la segunda dosis, los participantes comenzaron a producir **títulos más altos de anticuerpos**, y estos pudieron **reconocer e inactivar el SARS-CoV-2 en pruebas de laboratorio**. El grupo de control no experimentó cambios en los títulos de anticuerpos.

La pregunta que surge es **qué pasaría si las personas necesitaran una tercera dosis** para prolongar su inmunidad o protegerse contra las nuevas variantes del coronavirus. Las **dosis repetidas de vacunas a base de vectores** tienden a ser cada día menos efectivas porque el **sistema inmunitario genera una respuesta contra el adenovirus**. Por su parte, las vacunas formuladas con ARNm tienden a desencadenar **efectos secundarios más fuertes con dosis adicionales**.

En el ensayo CombiVacS, **los efectos secundarios fueron, principalmente, leves y similares a los observados con el esquema estándar** (dos dosis) de la vacuna contra la COVID-19, sin ningún efecto grave. En cambio, en el estudio **Com-COV**, realizado en el Reino Unido, se evaluó la combinación de las mismas dos vacunas y se observó que **las personas que recibieron dosis heterólogas** experimentaron **tasas más altas de efectos secundarios** comunes relacionados con la vacuna, co-

mo fiebre, que las personas que completaron el esquema con la vacuna de AstraZeneca<sup>3</sup>.

#### Bibliografía

1. Callaway E. Mix-and-match COVID vaccines trigger potent immune response. Nature. 2021; 593: 491. DOI: <https://doi.org/10.1038/d41586-021-01359-3>.
2. Borovia AM, Carcas AJ, Pérez Olmeda MT, et al. Reactogenicity and immunogenicity of BNT162b2 in subjects having received a first dose of ChAdOx1S: initial results of a randomized, adaptive, phase 2 trial (CombiVacS); 27 de mayo de 2021. Disponible en SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3854768>.
3. Shaw RH, Stuart A, Greenland M, et al. Heterologous prime-boost COVID-19 vaccination: initial reactogenicity data. Lancet. 2021;397(10289):2043-46. DOI:10.1016/S0140-6736(21)01115-6.

## COVID-19: advierten sobre la diseminación de la variante Delta en Europa

Los Centros Europeos Para la prevención y el Control de Enfermedades (ECDC, por sus siglas en inglés) estiman que **la variante Delta del SARS-CoV-2 podría reemplazar hasta en el 90 % al resto de las variantes** que circulan en Europa. En esta tercera ola que vive el verano de Europa, la diseminación de esta nueva variante **amenaza a aquellos países que vienen reduciendo la cantidad de casos**<sup>1,2</sup>.

La variante Delta circula en 85 países, en Europa y otros continentes, según advirtió la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup>. Solo en los EE. UU., su presencia llegaría al 20 %, de acuerdo con Antoni Fauci, asesor médico jefe del presidente de ese país y director del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas<sup>3</sup>. La evidencia disponible ha llevado a pensar que **el principal riesgo de esta variante es su mayor transmisibilidad (40-60 %) con respecto a la variante Alfa (Reino Unido) y que estaría asociada con altos índices de hospitalización**<sup>1</sup>.

El director del ECDC, Andrea Ammon, comentó que **existen poblaciones que aún no recibieron las dos dosis de vacunas** que ofrecen una alta protección contra esta variante. Además, enfatizó que “es muy importante progresar con la campaña de vacunación” y que sería **crucial que los grupos de alto riesgo recibieran las dosis con los intervalos mínimos establecidos**<sup>1</sup>.

El ECDC concluye que, **si los países levantan sus actuales restricciones, para mediados de setiembre la COVID-19 podría afectar a todos los grupos eta-**

**rios**, en especial a los menores de 50 años. Las muertes y hospitalizaciones podrían alcanzar a las registradas durante el otoño de 2020 en toda Europa<sup>1</sup>.

## Situación de la COVID-19 en el mundo

Luego de su revisión semanal, el 22 de junio la OMS informó que **la cantidad global de casos había disminuido el 6 % en comparación con la semana previa. Además, las muertes había caído el 12 %**. Sin embargo, los **casos aumentaron de modo considerable en África** y en tres países de la Región de las Américas: **el Brasil, Colombia y la Argentina**. También hubo un significativo aumento en la India y en Rusia<sup>1</sup>.

En África, durante la tercera ola, se han observado casos de enfermedad más grave. Se teme **un brote explosivo en ese continente**, en especial, debido a la inequidad en la distribución de las vacunas. Así, **solo el 1 % de población está vacunada**. La variante Delta circula en 14 países africanos, entre ellos Uganda y la República Democrática del Congo.

En Sidney (Australia), se informó un **brote que ya llegó a 30 casos relacionados con la variante Delta**. Por este motivo, **se reinstauraron las medidas preventivas**, incluido el uso de barbijo en oficinas. Además, se **han cerrado aeropuertos**<sup>1</sup>.

### Datos sobre COVID-19 persistente<sup>4</sup>

En un estudio del Imperial College de Londres, se estimó que **dos millones de personas** en el Reino Unido experimentaron **COVID-19 persistente**. Esta cifra equivale a uno de cada cinco individuos que tuvieron la enfermedad. Los investigadores encontraron que era **más elevado el riesgo de padecer los síntomas en forma prolongada en las mujeres**, en las personas con **obesidad** y en las **hospitalizadas**.

#### Bibliografía

1. Schnirring L. ECDC warns of extensive Delta COVID-19 variant spread this summer; 23 de junio de 2021. Disponible en <https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2021/06/ecdc-warns-extensive-delta-covid-19-variant-spread-summer>.
2. Schnirring L. Delta COVID variant fuels global surges, complicates reopenings; 24 de junio de 2021. Disponible en <https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2021/06/delta-covid-variant-fuels-global-surges-complicates-reopenings>.
3. Miller SG. Delta COVID variant is greatest threat to eliminating COVID in U.S, Fauci says; 22 de junio de 2021. Disponible en <https://www.nbcnews.com/health/health-news/delta-variant-greatest-threat-eliminating-covid-u-s-fauci-says-n1271933>.
4. Alford J. Over 2 million adults in England may have long COVID - Imperial REACT; 24 de junio de 2021. Disponible en <https://www.imperial.ac.uk/news/224853/over-million-adults-england-have-long/>.

## Vacuna contra la COVID-19 e infección por SARS-CoV-2

Se resumen a continuación las consideraciones provisionales de los **Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE. UU.**, actualizadas el 1 de junio de 2021, para el uso de las vacunas contra la COVID-19 autorizadas en ese país<sup>1</sup>.

### Personas con infección pasada o actual por SARS-CoV-2

- Se ofrecerá la vacuna **sin importar los antecedentes de infección** sintomática o asintomática. Esto incluye a las personas con síntomas de COVID-19 persistente. Datos de ensayos clínicos indican que las vacunas autorizadas son seguras para las personas que tuvieron la enfermedad.
- No se recomienda hacer pruebas para detectar el virus ni serológicas para confirmar la infección previa, ya que **no se necesita para la decisión de vacunar**.
- Si una persona está infectada por el SARS-CoV-2 y presenta síntomas, se deberá ser postergar la vacunación por hasta que se recupere de la enfermedad aguda y cumpla los criterios para salir del aislamiento. Esta recomendación aplica a quienes tengan infección antes de recibir por primera vez cualquier vacuna y también a quienes se infecten después de haber recibido la primera dosis de una vacuna con esquema de dos dosis.

#### Importante

Si bien no hay recomendaciones sobre qué intervalo mínimo dejar entre la infección y la vacuna, la evidencia indica que es bajo el riesgo de reinfección por el SARS-CoV-2 durante los meses posteriores a la infección inicial. Sin embargo, podría aumentar con el tiempo por la pérdida de inmunidad.

### Personas vacunadas que luego presentan COVID-19

- El hecho de que una persona haya recibido una o dos dosis de una vacuna antes de presentar COVID-19 no afecta las decisiones terapéuticas (plasma de convaleciente, tratamiento antiviral o administración de corticoides) ni el momento en que se iniciarán dichos tratamientos.

- Si una persona tiene un resultado positivo en la PCR o en el test de antígenos con una muestra respiratoria tomada 14 o más días después de haber completado el esquema de vacunación, se recomienda hacer el seguimiento del caso, notificarlo al sistema sanitario y tomar nuevas muestras.

### Vacunación luego de la exposición al SARS-CoV-2 o durante un brote

- Las vacunas contra la COVID-19 **no están recomendadas para profilaxis posexposición ni para contener brotes**, es decir, para prevenir la infección en personas que han estado expuestas al contagio.
- Debido a que la mediana del período de incubación de la COVID-19 es de 4-5 días, **es poco probable que una dosis de vacuna permita una respuesta inmunitaria adecuada durante ese lapso** para que la profilaxis posexposición sea eficaz.
- Las personas que sepan que han estado expuestas al contagio de COVID-19 no deben acudir a vacunarse, ni con la primera ni con la segunda dosis, hasta que se haya cumplido el período de aislamiento necesario para no exponer al personal sanitario.
- Las personas en geriátricos, cárceles u otras instituciones de larga permanencia que hayan estado expuestas al contagio de COVID-19 **pueden vacunarse**. En este contexto, la exposición al SARS-CoV-2 y su transmisión suelen ocurrir en forma repetida durante largos períodos, y el personal de salud ya se encuentra en contacto cercano con los residentes. Si han estado expuestas y esperan los resultados del test, **podrán vacunarse siempre que no tengan síntomas de COVID-19**. Los vacunadores deberán cumplir los protocolos para prevenir infecciones.

### Coadministración con otras vacunas

- Se ha recomendado previamente que las vacunas contra la COVID-19 se administren solas, con un intervalo mínimo de 14 días antes de aplicar otras vacunas o después de haberlo hecho. **Ha sido una medida de suma precaución más que una respuesta a la inquietud sobre aspectos de seguridad e inmunogenicidad**.
- Sin embargo, aunque no se dispone de datos sobre la aplicación simultánea de las vacunas contra la COVID-19 con las que existían antes de la pandemia, se cuenta con amplia experiencia sobre la coadministración de estas últimas. Se ha demostrado que **la inmunogenicidad y los eventos adversos son, en general, similares** cuando las vacunas se administran por separado o a la vez.
- **En los EE. UU., ya no es necesario considerar ningún intervalo** para aplicar la vacuna contra la COVID-19 y otras. Esto implica que pueden administrarse en forma simultánea el mismo día, pero tam-

bién con un lapso menor de 14 días entre las aplicaciones.

- Se desconoce si la reactogenicidad de la vacuna contra la COVID-19 aumenta con la coadministración, incluidas las vacunas conocidas por ser más reactogénicas, por ejemplo, las que contienen virus vivos.
- Cuando deba tomarse la decisión de coadministrar otra vacuna con la que previene la COVID-19, deberá considerarse si el paciente tiene riesgo de alguna enfermedad prevenible por vacunas y el perfil de reactogenicidad de las vacunas.
- Si se administran varias vacunas en la misma visita, deberán utilizarse **diferentes sitios de inyección**.

#### Bibliografía

1. CDC. Interim Clinical Considerations for Use of COVID-19 Vaccines Currently Authorized in the United States; 1 de junio de 2021 (última actualización). Disponible en [https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html?CDC\\_AA\\_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fvaccines%2F%2F%2Finfo-by-product%2Fclinical-considerations.html#Coadministration](https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/covid-19-vaccines-us.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fvaccines%2F%2F%2Finfo-by-product%2Fclinical-considerations.html#Coadministration).

## Notificaciones breves

### EE. UU.: aprobación de la vacuna antineumocócica 20-valente

La Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) aprobó a principios de junio de 2021 la vacuna antineumocócica conjugada 20-valente (PREVNAR 20), de Pfizer, para **prevenir la neumonía y la enfermedad invasiva en personas de 18 o más años**. Protege contra **20 serotipos distintos** del neumococo, **7 de los cuales causan el 40% de los casos y muertes que ocurren en ese país**<sup>1</sup>.

La decisión se fundamentó en múltiples investigaciones, entre ellas, tres ensayos de fase III en los que se evaluaron la seguridad y la inmunogenicidad de la vacuna. Participaron más de seis mil adultos, entre ellos, mayores de 65 años, con antecedentes de vacunación antineumocócica o sin ellos<sup>1,2</sup>.

La vacuna PREVNAR 20 amplía la protección de la PREVNAR 13 al inmunizar contra esos mismos serotipos (1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F y

23 F) y, además, contra los serotipos 8, 10A, 11A, 12F, 15B, 22F y 33F. Estos **causan enfermedad neumocócica invasiva** y se los ha asociado con **elevadas tasas de mortalidad, resistencia antibiótica o meningitis**. Según el vicepresidente de Investigaciones y Desarrollo de Vacunas de Pfizer, **una sola dosis brinda a los adultos una significativa protección** contra los serotipos responsables de la mayoría de las infecciones en el mundo<sup>2</sup>.

Luego de la aprobación para mayores de 18 años, el Comité Asesor en Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades se reunirá con la FDA para discutir y actualizar las recomendaciones en cuanto a la seguridad y el uso apropiado de la vacuna en adultos. En febrero 2021, **la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) aceptó la revisión** de la vacuna, que aún se encuentra **en evaluación**<sup>2</sup>.

#### Bibliografía

1. FDA. Pfizer Wins FDA Approval for Pneumococcal 20-Valent Conjugate Vaccine, 11 de junio de 2021. Disponible en <https://www.fdanews.com/articles/203128-pfizer-wins-fda-approval-for-pneumococcal-20-valent-conjugate-vaccine>.
2. Pfizer. FDA approves PREVNAR 20, Pfizer's pneumococcal 20-valent vaccine for adults age 18 years or older; 8 de junio de 2021. Disponible en <https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/us-fda-approves-prevnar-20tm-pfizers-pneumococcal-20-valent>.

### Argentina: vigilancia de virus respiratorios<sup>1</sup>

Entre el inicio de 2021 y la semana epidemiológica (SE) 17, **disminuyeron el 51 % las notificaciones de enfermedad tipo influenza (ETI), el 12 % las de neumonía y el 60 % las de bronquiolitis** en menores de 2 años, en comparación con el mismo período de 2020. El descenso puede atribuirse a la afectación del componente de notificación agrupada que viene registrándose durante la pandemia para los eventos



Acceda directamente haciendo clic sobre la imagen.

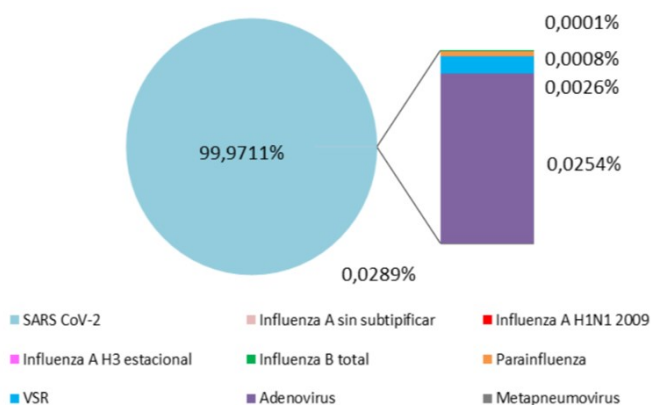


Figura. Distribución proporcional de virus respiratorios identificados en la Argentina. Acumulado a la SE17 de 2021 (n = 1.080.817)<sup>1</sup>.

respiratorios, a expensas de la notificación de más de diez millones de casos sospechosos de COVID-19.

Desde la SE1 hasta la SE17, se registró un promedio de 285.903 muestras semanales para todos los virus respiratorios. Sin embargo, esa cantidad de muestras presentó un patrón diferencial, ya que 285.734 fueron analizadas para detectar el SARS-CoV-2, y 168, en promedio, para gripe y otros virus respiratorios.

En la SE 17, el porcentaje de casos positivos por todos los virus respiratorios, incluido el SARS-CoV-2, fue de 34,6 % a expensas de éste último. Respecto de la proporción de virus circulantes hasta la SE 17, **más del 99 % de las muestras positivas corresponden a SARS-CoV-2**, seguido de **adenovirus, virus sincicial respiratorio (VSR) y parainfluenza**, aunque estos últimos con frecuencia absoluta y relativa marcadamente menor que el primero (Figura).

Al analizar los casos semanales positivos por virus de la gripe u otros virus respiratorios, excepto el SARS-CoV-2, se observó, **a partir de la SE1, la circulación de adenovirus y parainfluenza, y, a partir de la SE5, de VSR**. A partir de la SE11, aumentó la cantidad de casos de VSR respecto a las semanas previas. **Hacia la SE17, se registró un caso aislado de gripe B sin linaje especificado**. Desde 2020, **los virus de la gripe han tenido baja actividad**, con respecto a años previos a la pandemia.

### Bibliografía

1. Argentina. Ministerio de Salud. Boletín Integrado de Vigilancia. N° 547. SE 17/2021. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-integrado-de-vigilancia-n547-se-172021>.