

Monodosis

LA INMUNIDAD DE GRUPO FRENTE AL SARS-CoV-2 PARECE LEJANA, Y LAS REINFECCIONES, POSIBLES

A principios del mes de julio de 2020 se publicaba el amplio Estudio Nacional de Seroprevalencia ENE-COVID, desarrollado por el Ministerio de Sanidad para conocer de forma más detallada la verdadera difusión del virus en España y contrarrestar las deficiencias diagnósticas de los primeros meses de la pandemia (muchas personas que padecieron clínica compatible con COVID-19 no fueron evaluados vía PCR). Con muestras de más de 61.000 ciudadanos, el estudio concluyó que el 5,2% de la población española –esto es, casi 2,5 millones de personas– había sufrido hasta ese momento la infección por el virus y presentaba anticuerpos IgG; o sea, que casi el 95% de la población es aún susceptible de infectarse. A pesar que los resultados permiten inferir un número de contagios mucho mayor de los diagnosticados, es evidente que se puede descartar por ahora la posibilidad de inmunidad de grupo (o *inmunidad de rebaño*) frente al coronavirus, según la cual se frenaría de forma natural la propagación del virus y que diversos autores cifran en porcentajes de prevalencia de anticuerpos variables entre el 60 y el 70% de la población.

Entre otros resultados interesantes que ha arrojado dicho estudio se puede subrayar que al menos un tercio (22-36%) de las infecciones detectadas por serología fueron asintomáticas. Destaca también la prevalencia más elevada de anticuerpos en personas que habían padecido anosmia y/o disgeusia (> 40%), entre personal sanitario (10%), en trabajadores en residencias y centros sociosanitarios (7,7%), o en personas que habían convivido con un paciente confirmado (31%) o con per-

sonas con síntomas compatibles con la enfermedad (15%). Se encontraron igualmente variaciones según criterios geográficos: desde la máxima prevalencia en la provincia de Soria (14,4%) hasta la mínima en Huelva (1,2%), pasando por un 11,7% en Madrid o un 7,3% en Barcelona. Sin embargo, los resultados no pueden tomarse como definitivos sobre la protección frente a la infección, puesto que, aunque sí se conoce que el SARS-CoV-2 activa el sistema inmunitario induciendo la generación de altos títulos de anticuerpos neutralizantes, en la mayor parte de los casos aún no está clara la duración de la inmunidad, que algunos trabajos sugieren que podría empezar a reducirse a partir de los 2-3 meses, ni la implicación en ésta de la respuesta de linfocitos T. De hecho, el estudio de seroprevalencia demostró que el 14% de los contagiados había perdido la positividad para los anticuerpos en 2 meses, siendo más frecuente esa seronegativización en personas que no habían tenido ningún síntoma (11%) y menor en quienes habían sido positivos en una PCR.

Para arrojar más incertidumbre sobre el carácter protector de la presencia de anticuerpos, recientemente se ha publicado un estudio que documenta el primer caso de un adulto joven (de 33 años y natural de Hong Kong) aparentemente inmunocompetente que, a pesar de haber superado una infección inicial sintomática por SARS-CoV-2, ha vuelto a reinfectarse (a su regreso de España) en menos de 4 meses por el virus, en esta ocasión de forma asintomática. Para confirmar que no era una infección persistente, los autores demostraron por técnicas genómicas que se trataba de una cepa filogenéticamente distinta a la primera. Al menos otros dos casos similares de reinfección se han descrito en Bélgica y Holanda. Todo ello sugiere que el virus podría circular entre personas

incluso a pesar de la inmunidad de grupo alcanzada bien por infección natural o por vacunación. La noticia positiva deriva de la mayor levedad de las segundas infecciones descritas.

En resumen, se requieren futuros estudios para conocer con detalle la frecuencia de las reinfecciones e implicación de estos hallazgos en el desarrollo de las vacunas (especialmente si esas reinfecciones se deben a la caída de la inmunidad con el tiempo), planteándose la necesidad de que los enfermos recuperados de un episodio de COVID-19 sigan cumpliendo rigurosamente las medidas preventivas ante el riesgo de una reinfección, e incluso tengan que vacunarse cuando haya una vacuna disponible.

Pollán M, Pérez-Gómez B, Pastor-Barriuso R, Oteo J, Hernán MA, Pérez-Olmeda M *et al.* Prevalence of SARS-CoV-2 in Spain (ENE-COVID): a nationwide, population-based seroepidemiological study. *Lancet*. 2020; DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31483-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31483-5).
To KK, Hung IF, Ip JD, Chu AW, Chan W, Tam AR *et al.* COVID-19 re-infection by a phylogenetically distinct SARS-coronavirus-2 strain confirmed by whole genome sequencing. *Clin Infect Dis*. 2020; ciae1275. DOI: 10.1093/cid/ciae1275.

¿ES LA ANTICOAGULACIÓN SINÓNIMO DE MAYOR SUPERVIVENCIA A LA COVID-19?

Según avanzamos en esta misma sección de PAM 433, diversos grupos de investigación continúan profundizando en el papel del estatus de coagulabilidad de la sangre como un marcador determinante de la mortalidad por la COVID-19, habida cuenta de que la generación de eventos tromboembólicos (ictus o infartos) se asume ya como uno de los procesos fisiopatológicos que en mayor medida complica el manejo clínico y el estado de los pacientes. Se acaban de publicar a este