

Vacunación sin vacunas.

Vaccination without vaccines.

Agustín Zerón*

La pandemia y sindemia de COVID-19 es una emergencia sanitaria y económica que merece la participación de todos. Las comorbilidades y factores genéticos son parte de la problemática que agrava la infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2. Por la carga inflamatoria y respuesta inmunológica alterada, el coronavirus puede ser más agresivo en personas que padecen infecciones orales, por lo que el cuidado de la cavidad oral es fundamental para disminuir la interacción bidireccional negativa en la población mexicana.

Desde el año pasado hemos explorado la conexión entre la alta carga microbiana en la cavidad oral y las complicaciones postvirales, y cómo al mejorar la salud oral se puede reducir el riesgo de complicaciones post COVID-19. Recientemente se han publicado estudios científicos internacionales que refuerzan el papel del odontólogo en los equipos de salud global. En pacientes con enfermedades periodontales, se registran niveles sanguíneos elevados de marcadores inflamatorios (tormenta de citocinas) relacionados con un peor pronóstico de la COVID-19; además, se ha documentado que la presencia de periodontitis eleva hasta nueve veces el riesgo de fallecer si se tiene COVID-19. Estos estudios revelan que la periodontitis se asocia significativamente con un mayor riesgo de complicaciones al contraer COVID-19, incluida la posibilidad de ingresar en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), o la necesidad de ventilación asistida, incluso llegar a la consecuencia más letal, el fallecimiento.

El gremio odontológico (odontólogos, médicos estomatólogos, cirujanos dentistas, especialistas, asis-

tentes dentales y estudiantes de licenciatura y postgrado) observamos rutinariamente las medidas de bioseguridad y prevención de infección cruzada en todos los pacientes, y por el tipo de práctica médica, la existencia de bioaerosoles, sangre y fluidos orales, tenemos contacto muy cercano con pacientes que pueden ser portadores asintomáticos, y el riesgo de sufrir infección cruzada existe a pesar de las barreras de protección que se usan con todos los pacientes. Sabemos que el 59% de casos de infección provienen por la transmisión asintomática, y que uno de cada tres casos procede de personas que infectan a otras antes de mostrar algún síntoma.

Iniciada la fase II de vacunación anti-COVID-19, es imperativo que el gremio odontológico sea reconocido como una profesión de **muy alto riesgo**, las referencias internacionales con evidencia científica así lo han subrayado. La preservación de la salud de todos merece ser considerada para cuidar no sólo la calidad en la atención, sino también para disminuir el riesgo de infecciones virales en nuestras familias.

El gremio odontológico solicita atentamente la atención gubernamental para que, después de concluir con la vacunación de quienes están en el frente de batalla contra la COVID-19, el gremio odontológico sea considerado en la primera línea de vacunación para los equipos de salud del sector privado.

Una vez vacunados, y aprovechando el equipo de protección sanitaria y bioseguridad que los odontólogos usamos en nuestros consultorios, los profesionales certificados podríamos tomar muestras o realizar pruebas de detección antigénica para reforzar las necesarias medidas de contención de la pandemia (Figura 1).



* Especialista en Endoperiodontología, Editor en Jefe de la Revista ADM.

Citar como: Zerón A. Vacunación sin vacunas. Rev ADM. 2021; 78 (1): 4-6. <https://dx.doi.org/10.35366/98380>



Figura 1: La práctica odontológica es considerada una profesión de alto riesgo de contagio ante la presencia de bioaerosoles de pacientes asintomáticos.

VACUNACIÓN Y MUTACIÓN

Los virus mutan continuamente como mecanismo de adaptación y presión de selección en su evolución propia, cada mutación genera una variable en su estructura genómica, y las variables tienen distintas nomenclaturas como: VUI (*Variant Under Investigation*) y VOC (*Variant of Concern*). En realidad, los virus en su amplia gama juegan un importante papel en la ecología global, no sólo en las enfermedades. Pero mientras la vacunación siga cojeando, el coronavirus SARS-CoV-2 seguirá mutando, la replicación viral, la incertidumbre y la confusión seguirá proliferando en los medios de comunicación, y en las mismas publicaciones científicas, principalmente por el uso indistinto de los términos «variante», «cepa» o «linaje». Las primeras variantes del Reino Unido **VUI-N501Y** o N501Y, (variante en la expresión de la proteína *Spike D614G*), la de Sudáfrica, la **501YV2** o N501Y, la B1.1.7 de Brasil o VOC-202012/01 (nomenclatura por la fecha de aparición), y la **E484K**, que se refiere a un intercambio en alguna de sus bases, como la **E** (ácido glutámico) que se reemplaza por la **K** (lisina) en la posición **484**. Estas variantes aumentan principalmente las posibilidades de transmisibilidad, y las mutaciones básicamente están dentro del dominio **RBD** (*receptor-binding domain*) o epítopos que se unen al receptor celular

ACE2 (*Angiotensin-converting enzyme-2*), aumentando la afinidad con la que las variantes del virus se acoplan a los receptores celulares localizados en diversas áreas del cuerpo humano. Si la variación de la secuencia genética produjera un virus con características fenotípicas diferentes, la variante se denomina cepa, y si la secuenciación genética y el análisis filogenético detectara una variante totalmente diferente, sería una rama distinta del árbol filogenético, entonces nace un nuevo linaje, donde la vacuna original podría no resultar con la misma eficacia para activar la inmunogenicidad. Afortunadamente la ingeniería genética actual podría recombinar de manera rápida moléculas al nuevo linaje viral. Lo más deseable es tener una vacunación a gran escala para lograr una inmunidad colectiva antes de que apareciera una nueva zoonosis pandémica, o un orden filogenético tipo SARS-CoV-3. Al cerrar esta edición, se han desarrollado más de 17 mutaciones, y al ritmo de la vacunación actual, México tardaría 178 años en inmunizar al 70% de la población. La plataforma **Covidvax.live** reporta que al ritmo de vacunación actual en México, podrá vacunar al 70% de su población para el 10 de febrero de 2199.

En la cavidad oral están presentes gran cantidad de receptores **ACE2**, incluidas las glándulas salivales, la lengua, las amígdalas y el piso de la boca, lo que produce signos y síntomas de COVID-19 en la boca (lengua COVID). Y la enzima 2 convertidora de angiotensina se ha encontrado como la posible correlación genómica entre la presencia de periodontitis y la sobreexpresión de citocinas en la COVID-19 grave y letal. Por lo tanto, la periodontitis debe ser considerada un factor de riesgo para complicaciones de COVID-19.

La vacunación del gremio odontológico de práctica privada e institucional es prioritaria y humanitaria, nos faltan vacunas y estrategias de vacunación mejor estructuradas, mientras las muertes por COVID-19 no paran, tristemente cada minuto sigue falleciendo un mexicano.

Correspondencia:
Dr. Agustín Zerón
E-mail: periodontología@hotmail.com

www.medigraphic.org.mx

MANIFIESTO VACUNACIÓN PRIORITARIA PARA ODONTÓLOGOS

1. Debe quedar bien claro que somos un grupo de *alto riesgo* de infección y *vulnerable* ya que prestamos Servicios de Salud en proximidad física a pacientes (sintomáticos o asintomáticos) en un medio susceptible.
2. Ofrecemos servicios profesionales de salud en condiciones de un protocolo de bioseguridad reforzada para proteger a nuestros pacientes, a nuestra familia y a nosotros mismos.
3. De acuerdo con la Política Nacional Rectora de Vacunación contra el SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19 en México (documento rector del 21 de enero del 2021), existe una clara *violación al derecho humano de igualdad* al excluir en la vacunación prioritaria tanto a médicos y odontólogos del sector privado, y muchos del sector público.
4. Existe también una *discriminación arbitraria* y sin ninguna justificación razonable por la notable omisión de la autoridad al no incluirnos en la vacunación prioritaria, a pesar de estar expresado nuestro derecho constitucional y en la misma Ley General de Salud.
5. Exigimos por derecho constitucional y sanitario *no permanecer excluidos* en la vacunación prioritaria científica y ética ante el alto riesgo ocupacional, por la alta concentración a fuentes de contaminación biológica, y un alto riesgo de infección en la práctica odontológica pública y privada. No basta con enviar más cartas o haberlo mencionado en una conferencia de medios, es necesario conocer un plan de acción objetivo e inmediato.
6. Como gremio odontológico organizado, debemos presentar un **amparo indirecto contra las violaciones a los derechos humanos** señalados, ya sea a título individual, colectivo o por representación gremial, de los colegios o de las federaciones (Figura 2).



Figura 2:

El gremio odontológico en México ha sido estigmatizado y discriminado por las autoridades federales.