

DOSIS DE REFUERZO O NO: EL DEBATE CONTINÚA

www.medscape.org/livewebcast/covid19-booster-debate-spanish

Karine Lacombe, MD, PhD: Hola a todos. Realmente me complace darles la bienvenida a este seminario web de Medscape Education Global. ¿Dosis de refuerzo o no? El debate continúa. Soy Karine Lacombe, especialista en Enfermedades Infecciosas de París, y presidiré este seminario web junto con Saul Faust, profesor de Inmunología Pediátrica y Enfermedades Infecciosas de Southampton.

Saul Faust, FRCPC, PhD: Gracias, Karine.

Dra. Lacombe: Bien. Entonces, ¿qué analizaremos durante este programa? Si bien esto incluye lo siguiente. Los datos clínicos de las vacunas de refuerzo bivalentes, quién necesita una vacuna de refuerzo. También analizaremos la recomendación actual a la Unión Europea y el Reino Unido. Y, por último, hablaremos un poco acerca de las expectativas para el invierno de 2022. En primer lugar, para preparar el terreno, ¿cuál es la justificación de las dosis de vacuna de refuerzo en la COVID-19? Todos saben que la eficacia de la vacuna en condiciones reales disminuye después de la vacunación primaria, y una vacuna de refuerzo, ya sea una tercera dosis o dosis posteriores, puede aumentar los títulos de anticuerpos neutralizantes, y también la eficacia de la vacuna en condiciones reales. Pero, por supuesto, el efecto de una tercera dosis varía en función de las características del paciente, la clase de vacuna y la secuencia de vacunas. Creemos que una vacuna de refuerzo posterior puede restaurar la respuesta celular y de anticuerpos a los niveles alcanzados tras la dosis anterior.

¿Cuáles son las vacunas de refuerzo disponibles actualmente en la Unión Europea? Tenemos las vacunas de refuerzo originales de Moderna, Pfizer, Novavax, Sanofi-Pasteur, GSK, AstraZeneca y Jansen. Tienen el nombre en la parte izquierda de la diapositiva. En el centro se ven las nuevas vacunas de refuerzo llamadas ómicron original bivalente BA1, ya sean de Moderna o de Pfizer. Y finalmente, la última lanzada, ómicron original bivalente BA4 y BA5, también de Moderna y Pfizer.

Dr. Faust: Así que estos son algunos de los datos sobre lo que sabemos ahora acerca de las vacunas de refuerzo que estamos utilizando este invierno. Hubo un ensayo de fase II/III de una cuarta dosis de la vacuna bivalente BA1 de Moderna y la diapositiva es un poco complicada, pero se puede ver que la respuesta de anticuerpos neutralizantes fue un poco mejor con la vacuna de refuerzo bivalente en

comparación con el refuerzo original, independientemente del antecedente de infección.

A la izquierda se puede ver a todos los participantes. La barra más alta, las barras en azul claro, son la vacuna original y la vacuna bivalente está en las barras en azul oscuro. Y se puede ver que la infección previa no hizo ninguna diferencia en la mejora de la inmunogenicidad de anticuerpos en el propio estudio de la compañía. Y eso se publicó en The New England Journal of Medicine a principios de octubre de este año. Pfizer también ha estado analizando sus vacunas bivalentes. Estos son datos que fueron presentados al gobierno estadounidense cuando estaban tomando sus decisiones. Y en esta diapositiva, se puede ver que la línea superior es la vacuna ómicron bivalente BA1 y la línea inferior es la vacuna de tipo natural. Y de nuevo, se puede ver una mejora en la línea superior, la diferencia entre 700 y alrededor de 450, una mejora en la bivalente frente a ómicron.

Aunque en comparación con la cepa de referencia, hay muy poca diferencia en absoluto entre las vacunas. Y esa es la línea inferior, los dos números, que son alrededor de 6.000 de las unidades que han utilizado para esos ensayos. Entonces, si observamos la inmunogenicidad, los anticuerpos producidos en este caso de una cuarta dosis de la vacuna bivalente BA45 en comparación con la monovalente, podemos ver que, independientemente de la cepa que estemos observando, y las cepas están en el eje x, las barras azules y rojas son prácticamente iguales. Y el azul son las cuatro inyecciones de virus de tipo natural, cuatro inyecciones de tipo natural, y el tres es tres de tipo natural seguido por BA45 bivalente. Así que hay muy poca diferencia entre la vacuna bivalente y la de tipo natural en los títulos de anticuerpos neutralizantes. Y luego un ejemplar anticipado disponible para este otro pequeño estudio de solo 33 personas que habían recibido dos dosis previas de vacuna.

Así que esta es una tercera dosis de una vacuna bivalente que contiene BA5, de la que 15 recibieron monovalente y 15 recibieron bivalente. Y pueden ver que hay una mezcla de dos dosis de Pfizer y dos dosis de Moderna entre cada grupo. Y pueden ver también que esto es con las dos dosis originales mezcladas, así que las dos monovalentes de Pfizer junto con la monovalente de Moderna o las dos bivalentes a la derecha. Así que la izquierda es monovalente, la derecha es bivalente, y de nuevo se puede ver contra las diferentes cepas, y que circulan a lo largo del eje X, muy poca diferencia entre monovalente y bivalente. Entonces, hay un aumento similar en anticuerpos neutralizantes con vacunas de refuerzo monovalentes y bivalentes, y ninguna diferencia en los perfiles de células T activadas o células B de memoria. Y en el mismo estudio, se puede ver una inmunogenicidad muy, muy similar entre la bivalente de Pfizer y la de Moderna. La dosis de ARNm es diferente entre las dos vacunas, al igual que las primeras dosis de vacuna que administramos a las personas el año pasado. Moderna tiene cifras ligeramente superiores, pero clínicamente no creemos que vaya a haber una diferencia significativa porque a medida que los títulos de anticuerpos disminuyen, las cosas se vuelven más equivalentes. Así que los perfiles de anticuerpos son muy similares con cada tipo de vacuna de refuerzo

bivalente. ¿Qué hay de la tolerabilidad y la reactogenicidad, los efectos secundarios de las vacunas bivalentes? ¿Puede hablarnos de ellos, Karine?

Dra. Lacombe: Claro. Exactamente. ¿Qué sabemos sobre los efectos secundarios y la tolerabilidad? Aquí tenemos los efectos secundarios de una cuarta dosis de la vacuna original de los ensayos aleatorizados del Reino Unido. En esas estrellitas se ven las reacciones adversas en los siete días siguientes a la cuarta dosis, así que tenemos las reacciones moderadas a graves y las graves. Si nos fijamos en la prevalencia de esos efectos secundarios, se puede ver que hemos informado de algo de dolor, principalmente dolor; todos los demás eventos fueron realmente leves y la frecuencia fue muy, muy baja. Si nos fijamos en las reacciones graves de grado tres o cuatro, nada que destacar realmente en ningún caso por debajo de 5% de prevalencia. Así que ambas vacunas de refuerzo fueron bien toleradas y realmente el dolor fue el efecto adverso más común. Siguiendo diapositiva.

Dr. Faust: Y muy similar a la original, la tercera dosis de la vacuna de refuerzo también, entre la tercera y la cuarta dosis.

Dra. Lacombe: Exactamente. Entonces si nos fijamos en los efectos de la cuarta dosis de la vacuna de refuerzo bivalente de Moderna, tienen aquí las incidencias de reacciones adversas muy similares con las dos vacunas de refuerzo. Y aquí de nuevo, las reacciones adversas más comunes fueron dolor en el punto de inyección, astenia, dolor de cabeza, mialgias, artralgias, y la mayoría de estas reacciones fueron de grado uno o dos. Así que muy pocos efectos secundarios locales e incluso sistémicos. Esta es la tolerabilidad de la primera dosis de una vacuna de refuerzo bivalente de Pfizer en pacientes mayores de 55 años. De nuevo, un perfil similar de eventos locales y sistémicos. En los participantes de más de 55 años, ninguna reacción adversa grave estuvo relacionada con la vacuna. En el gráfico se observa que el dolor en la región de la inyección se sitúa nuevamente en torno a 50%-60% y la inflamación o el eritema son muy, muy leves. En cuanto a los efectos sistémicos, alrededor de 50% de los pacientes informaron algo de astenia pero, por lo demás, las reacciones adversas fueron muy, muy leves.

Dr. Faust: En resumen, ¿qué deberíamos utilizar? ¿Bivalente o monovalente? Los países están comprando las vacunas bivalentes porque es lo que los fabricantes han puesto a su disposición. Pero si no hay una vacuna bivalente en su zona o región, entonces a las personas que la necesiten se les puede administrar una vacuna de tipo natural y se obtendrá una respuesta igual de buena para las variantes circulantes actuales.

Las vacunas bivalentes se suman a nuestro arsenal si se quiere. Son una póliza de seguro. Si el virus cambia de nuevo y se aleja del tipo natural, puede que necesitemos la vacuna bivalente. Y la estrategia de la Unión Europea y también del Reino Unido es tener un rango amplio de vacunas adaptadas disponibles para que los países y los comités de vacunas tengan varias opciones para satisfacer las necesidades. Los estudios patrocinados por el fabricante indican que hay un moderado aumento de anticuerpos neutralizantes con la bivalente en comparación

con la monovalente, pero ahora están apareciendo otros estudios que señalan que en realidad las vacunas bivalentes o monovalentes son equivalentes. Definitivamente, la tolerabilidad y los efectos secundarios, la tolerabilidad y la reactividad de las vacunas bivalente y monovalente parecen ser equivalentes y equivalentes para la tercera y cuarta dosis.

De nuevo, si nos fijamos en los modelos, basados en algunos de los datos a nivel poblacional, algunos de los modelos han mostrado beneficios con las vacunas bivalentes. Pero si nos fijamos en los comentarios sobre ese documento, los expertos clínicos de todo el mundo, tanto en el Reino Unido como en los Estados Unidos, han dicho que en realidad hay muy poco que elegir entre esas vacunas. ¿Qué eficacia tendrán las vacunas de refuerzo actuales contra las variantes emergentes y futuras? Bueno, contra las variantes actuales van bien, pero en este momento no sabemos cuánto van a durar. Sabemos que los anticuerpos aumentan mucho con las vacunas de ARN en las primeras dos a cuatro semanas y luego disminuyen con el tiempo. Pero no sabemos exactamente cuánto tiempo permanecerán protegidas las personas, razón por la cual la vigilancia es muy importante y por la cual no deberíamos decirles a las personas que deben aplicarse cierta vacuna y que va a ser la última. El hecho es que no sabemos cuándo los comités de vacunas van a necesitar recomendar dosis futuras.

Entonces, ¿quién necesita una cuarta dosis en otoño e invierno de 2022? Algunos pacientes siguen en riesgo incluso después de la tercera dosis. Y las personas en las que el impacto de la disminución de anticuerpos es más fuerte son los ancianos. Y se puede ver en la diapositiva superior que la edad avanzada se asocia con un mayor riesgo de hospitalización y muerte después de la tercera dosis. Y eso es cierto también para quienes tienen un mayor número de enfermedades concomitantes. Pero la infección previa no parece ser tan fuerte en esos grupos. Así pues, los ancianos y las personas con enfermedades concomitantes o factores de riesgo son las que más nos interesa reforzar este otoño e invierno. Y si nos fijamos en los datos de Israel, aquí hay un par de estudios que podemos mostrar, una cuarta dosis de vacuna puede proteger contra ómicron en los adultos mayores. Este fue un estudio realizado a principios de año con una cuarta dosis de la vacuna de tipo natural de Pfizer en personas mayores de 60 años en Israel.

Y se puede ver que, en comparación con tres dosis, una cuarta dosis se asoció con un menor riesgo de infección por ómicron en sí, aunque por un corto lapso de tiempo para el estudio. Pero la durabilidad fue el impacto y la prevención de la enfermedad grave, es decir, la hospitalización y la muerte. Así que hay un beneficio definitivo de esa cuarta dosis. Y en otro estudio realizado en Israel con trabajadores de atención médica, unos 30.000, de los cuales unos 25.000 no habían recibido ninguna dosis adicional y 5.000 habían recibido una cuarta dosis y no tuvieron ninguna infección inmediatamente después de esa dosis. Analizando la infección posvacunación, los receptores de la cuarta dosis tuvieron menos infecciones posvacunación que los receptores de la tercera dosis. Así que cuatro dosis parecían ser útiles en personal sanitario, obviamente de todas las edades, no solo los

ancianos para ese estudio. ¿Cuáles son las recomendaciones de este año, Karine, en la Unión Europea?

Dra. Lacombe:

Sí, exactamente. En esta diapositiva pueden ver la recomendación del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades y la Agencia Europea de Medicamentos para la segunda vacuna de refuerzo, que será la cuarta dosis. Así que la segunda vacuna de refuerzo debería considerarse en personas de más de 60 años, y verán que es un poco diferente de lo recomendado en el Reino Unido, y también en personas médicamente vulnerables sea cual sea la edad. Deben recordar que las vacunas bivalentes están en la actualidad aprobadas para su uso en personas de más de 12 años, y la prioridad de estas vacunas se debe dar a las personas con riesgo de desarrollar una enfermedad grave. Y hemos hablado de la edad, pero también de las enfermedades concomitantes, la inmunodepresión, etcétera. Así que las autoridades nacionales de cada país podrían publicar pautas que difieran un poco de un país a otro. Así que les recomiendo que consulten las guías de su propio país. Pero todas las guías se basan en factores relacionados con las tasas de hospitalización, la cobertura de vacunación, etcétera, etcétera. Saul, ¿puede decirnos cómo están las cosas ahora en el Reino Unido?

Dr. Faust:

Sí, en el Reino Unido, tenemos un umbral de edad de 50 años en lugar de la recomendación de la Unión Europea para nuestra recomendación para este invierno. Y un poco más específicamente, el comité conjunto para la inmunización mediante vacunación ha recomendado también aplicar una vacuna de refuerzo a las personas que viven o trabajan en una residencia de ancianos, los cuidadores mayores de 16 años, toda persona mayor de cinco años que vive con alguien que está inmunodeprimido, las mujeres embarazadas y el personal sanitario que atiende directamente a pacientes. No voy a leerlos, están en la diapositiva, pero el comité ha especificado cuáles son los grupos de personas de alto riesgo que deberían recibir la cuarta dosis. Destacaré a las mujeres embarazadas, que han tardado mucho en presentarse. Y creo que todo el mundo, todos nosotros como comunidad médica, tenemos que explicarles mejor a las mujeres embarazadas el impacto de la COVID-19 en ellas mismas y en su bebé recién nacido, porque las mujeres embarazadas tienen mucho más riesgo de COVID-19 grave que otras mujeres de la misma edad.

Dra. Lacombe:

Y debo decir que en Francia son exactamente las mismas recomendaciones que en el Reino Unido. Así que ahora, teniendo en cuenta el umbral de edad recomendado para la primera dosis por país o región, hemos puesto en este gráfico los países y el umbral de edad. Si nos fijamos, por ejemplo, en Canadá y Alemania, el umbral de edad es de 70 años, y en Países Bajos se recomienda a partir de los 12 años. Por ejemplo, en Francia es de 60 años, como comenté antes, y en el Reino Unido es de 50 años. Lo que también es muy importante es fijarse en las pautas para una campaña de vacunación combinada contra la gripe y la COVID-19. Si nos fijamos en los países, por ejemplo, en Países Bajos, Suiza, Reino Unido, Francia, etcétera, recomendamos combinar la campaña contra la gripe con la campaña contra la

COVID-19. Pero en Austria, Canadá, Alemania, Irlanda o Estados Unidos, hasta ahora no existe tal recomendación.

Tal vez, Saul, podamos hacer una pequeña recapitulación sobre las necesidades de una primera dosis y transmitir a la audiencia unos cuantos mensajes clave para recordar. ¿Qué le gustaría que recordaran de lo que ha dicho?

Dr. Faust: Por supuesto. Que este año se recomiendan vacunas de refuerzo para las personas mayores, el personal de atención médica y otros grupos de riesgo. Pero que en el caso de los más jóvenes no es necesario administrar una cuarta dosis en este momento. La otra cosa que hemos estado explicando es que hay diferencias marginales entre las vacunas de refuerzo disponibles. Si su país tiene una vacuna bivalente, excelente, puede usarla. Pero si solo tiene una vacuna de tipo natural, también puede utilizarla. La clave es utilizar una vacuna de refuerzo en los grupos de personas que realmente la necesitan.

Dra. Lacombe: Exactamente. Y si puedo añadir algunas cosas, pueden estar tranquilos sobre las reacciones adversas, nada muy diferente de lo que ya sabemos de la vacunación primaria. Y también es muy importante pensar en acoplar la campaña de vacunación contra la COVID-19 a la campaña de vacunación contra la gripe, porque en la mayoría de los países los objetivos son exactamente los mismos.

Dr. Faust: Sí. Gracias. Ahora las personas se preguntarán, bueno, bien. Nos han dicho que para las variantes que circulan ahora, cualquiera de las vacunas que tenemos está bien. ¿Qué esperamos que ocurra después, Karine?

Dra. Lacombe: Bueno, ya saben por los dos últimos años que el panorama epidemiológico del SARS-CoV-2 tiene cambio constante y, de hecho, ómicron sigue evolucionando. Hemos hablado mucho de esta cepa BA.275, que presenta una mayor infectividad y evasión inmunitaria. Si nos fijamos en la infectividad, se observa un aumento de la afinidad de unión de ACE2 cuando comparamos BA.275 con BA.4 o BA.5. Y también hay un mayor uso de la vía endosomal para la entrada celular. Por el lado de la evasión inmunitaria, hemos visto desafortunadamente un escape de anticuerpos terapéuticos dirigidos a epítomos BA.5, y también esta cepa BA.275 evade anticuerpos de plasma de pacientes convalecientes que tuvieron infección previa por variantes delta y BA.5 y BA.5. Y eso es un gran problema para nosotros cuando tratamos con pacientes inmunodeprimidos porque a veces el plasma de convaleciente era la única opción que teníamos como herramienta terapéutica. En la siguiente diapositiva, verán ahora algunos datos relativos a las nuevas subvariantes, BQ.1 y BQ.11, que están aumentando muy rápidamente en Estados Unidos y la Unión Europea en este momento, en Francia por ejemplo. Ocurre en más del 50% de las infecciones de otoño y ya es el caso en Estados Unidos y sabemos que a principios de 2023 representará más del 80% de todas las variantes.

¿Qué problema hay con esas dos subvariantes? Bueno, contienen mutaciones que promueven el escape inmunitario y reducen o suprimen completamente la eficacia

del tratamiento con anticuerpos monoclonales, por ejemplo, los anticuerpos monoclonales recomendados para la profilaxis y otros anticuerpos monoclonales como bebtelovimab pierden completamente la actividad contra estas subvariantes. Así que esas dos subvariantes son sublinajes de ómicron BA5, pero creemos que las vacunas que son eficaces contra ómicron deberían funcionar contra BAQ1 y BAQ11. Así que es muy importante promover esta cuarta dosis de vacuna de refuerzo en pacientes y participantes o personas que la necesiten. Esas vacunas bivalentes, BA4 y BA5, han sido recomendadas muy recientemente para su aprobación por la Agencia Europea de Medicamentos.

Dr. Faust:

Y creo que acaba de hacer una muy buena observación, Karine. Algunos de los tratamientos que tenemos en términos de anticuerpos monoclonales para las personas que no pueden producir anticuerpos no van a funcionar tan bien. Pero en realidad las vacunas funcionan con múltiples mecanismos diferentes, y hasta ahora, y crucemos los dedos para que siga igual, hasta ahora la protección contra la hospitalización por enfermedad grave y la muerte se mantiene y esperamos que se mantenga con la variación que hemos visto independientemente de la evasión inmunitaria teórica porque las vacunas funcionan de muchas maneras diferentes, no solo proporcionando anticuerpos.

Entonces, ¿deberíamos aplicar la vacuna de refuerzo o no? Bueno, aumentar las dosis puede aumentar los niveles de anticuerpos y la eficacia de la vacuna y puede aumentar la respuesta celular tanto de las células T como de las B. A pesar de las variantes emergentes, la protección contra la hospitalización y la muerte sigue siendo muy alta. Una cuarta dosis puede ser beneficiosa, pero estamos dando prioridad en los países desarrollados en este momento, sin duda en el Reino Unido y la Unión Europea, a las personas mayores y los grupos de alto riesgo. Y los perfiles de tolerabilidad y reactogenicidad de la vacuna de refuerzo son muy similares para las vacunas bivalentes, todas las vacunas de tipo natural utilizadas como cuartas dosis, según vimos para la inmunización primaria o las terceras dosis con esas vacunas originales.

Creo que ahora, Karine, tenemos una sesión de preguntas y respuestas. Empezaré con la primera pregunta de la lista: ¿cuál es la duración recomendada entre la tercera y la cuarta vacuna de refuerzo? El hecho es que los ensayos que se han realizado han sido bastante rápidos, con seis meses entre las dos dosis, porque los ensayos han tratado de informar para las decisiones políticas. Pero el hecho es que debería recibir la siguiente dosis cuando su país lo recomiende, porque algunas personas mayores podrían necesitar dosis adicionales antes que, digamos, el personal de atención médica. Así que las personas deberían estar atentas a los puntos temporales que se recomiendan en cada país y no preocuparse por el momento exacto de la vacuna de refuerzo. Karine, ¿cuántas dosis de vacuna de refuerzo cree que nuestros pacientes recibirán en los próximos uno o dos años?

Dra. Lacombe:

Bueno, esa es una pregunta muy difícil de responder y creo que es imposible dar una respuesta definitiva. Al principio pensábamos que tal vez sólo necesitaríamos el

esquema de vacunación primaria y vimos que con una vacuna de refuerzo mejorábamos la respuesta y sobre todo la durabilidad. Así que tenemos esta primera y segunda vacuna de refuerzo, por lo que quizá en el futuro la lucha contra el SARS-CoV-2 sea como la lucha contra la gripe, con subvariantes comunes a tener en cuenta cada año y quizá un refuerzo cada año para las personas mayores y las personas con enfermedades concomitantes con el fin no de detener la transmisión, sino de disminuir el riesgo de hospitalización y de evolución grave de la enfermedad. Y creo que eso es lo único que podemos decir ahora. Ahora mismo es más predicción que realidad.

Dr. Faust:

Y supongo que podría ser que a las personas mayores en particular se les recomiende otra dosis provisional, pero en este momento no lo sabemos porque depende de lo que ocurra con la pandemia.

Sí, hay un par de preguntas sobre los niños. La primera es “¿necesitan los niños recibir vacunas de refuerzo después del calendario primario?”. Bueno, ha sido muy difícil para los pediatras porque, en realidad, a medida que hemos ido avanzando en la pandemia, aunque hay algunos niños que sufren los efectos de la COVID-19 persistente, el número es muy, muy pequeño en comparación con el número de adultos y ancianos y personas en situación de riesgo que están enfermando. Por lo tanto, en general, tanto en la Unión Europea como en el Reino Unido, no recomendamos vacunas de refuerzo en niños sanos normales. Y también sabemos que los niños sanos normales tienen una seroprevalencia muy alta. Así que los niveles de anticuerpos son muy altos en las encuestas y en los estudios que se han realizado. Así que los niños o bien han tenido COVID-19 o bien han recibido una vacuna y parecen tener una gran protección inmunitaria en comparación con las personas mayores. Así que los recursos para las vacunas se están destinando a la población de edad avanzada y de riesgo. Eso es diferente para los niños en riesgo. Los niños con cáncer, niños con problemas inmunitarios, con asma grave u otros trastornos respiratorios. Hay una larga lista que, si repasan las diapositivas, verán que en la diapositiva del Reino Unido se enumeró y en la Unión Europea los niños han sido, creo, Karine, puede que tenga que recordarme la recomendación de edad de la Unión Europea. Ciertamente, en el Reino Unido ofrecemos vacunas de refuerzo a todos los niños en riesgo mayores de 5 años.

Dra. Lacombe:

Sí, lo mismo. Sí, lo mismo para nosotros. Con las vacunas de refuerzo bivalentes tenemos una indicación para más de 12 años, pero con la vacuna monovalente, es para más de 5 años.

Dr. Faust:

Y esto no es porque esas personas estén necesariamente enfermando y viniendo al hospital, es tanto como, bueno, tenemos las vacunas, sabemos que ellos están en riesgo, no queremos correr el riesgo. Así que vamos a ofrecer vacunas de refuerzo, vamos a animar a las personas que están en riesgo de cualquier edad mayores de 5 años a aplicarse una vacuna de refuerzo con el fin de maximizar su protección. Y, por supuesto, eso también les protegerá si el virus vuelve a cambiar y la pandemia vuelve a cambiar. Karine, volviendo al tema, ¿creemos que las vacunas actuales

serán útiles contra las nuevas variantes que están apareciendo, no solo contra las que hemos presentado datos?

Dra. Lacombe: Sí. Muy probablemente porque les dijimos que la vacuna desarrollada con la cepa ancestral ha demostrado ser eficaz contra las subvariantes de la cepa ómicron, cepas de ómicron. Así que no hay razón para que no sea eficaz contra BQ1, BQ11, etcétera, y las otras variantes que aparecerán en 2023. Así que, definitivamente, lo importante es recibir la vacuna de refuerzo cuando la necesitemos, porque se ha demostrado que previene enfermedades graves y hospitalizaciones.

Dr. Faust: Gracias. Y ha surgido una pregunta más sobre si se ha estudiado y comparado la inmunidad adquirida de forma natural con la de las personas vacunadas y los ensayos o estudios de inmunidad reforzada. Supongo que ya tocamos ese tema con los datos de Israel, ¿no? Donde se ve la diferencia entre las personas que han recibido tres y cuatro dosis, y hubo una ventaja definida de la cuarta dosis. Así que creo que hay buenas pruebas de que no se puede dar por sentado que la infección natural va a proteger de la enfermedad más grave. Y, por supuesto, creo que ya hablamos de esto en nuestro último seminario web, ¿verdad, Karine?; cuando hay tantas personas infectadas al mismo tiempo, las vacunas de refuerzo son muy importantes para aliviar la presión de nuestros sistemas de atención médica. Y en toda Europa, en invierno, los sistemas de atención médica están bajo la presión de los virus respiratorios invernales, uno de los cuales es el SARS-CoV-2. Así que les animaría a exhortar a sus pacientes y a que eduquen a sus comunidades para que las personas se apliquen las vacunas de refuerzo recomendadas por los comités de inmunización de su país.

Excelente. Creo que hemos llegado al final de nuestro programa y no tenemos más preguntas, así que ha sido un placer volver a hablar con ustedes. Muchas gracias y gracias a todos por ver este seminario web. Muchas gracias.

Dra. Lacombe: Y gracias a usted, Saul.

Esta transcripción no ha sido editada y corregida.

Exención de responsabilidad

Este documento es para fines educativos únicamente. No se otorgarán créditos de Formación médica continuada (Continuing Medical Education, CME) por leer el contenido del presente documento. Para participar en esta actividad, visite www.medscape.org/viewarticle/985708

Si tiene preguntas relacionadas con el contenido de esta actividad educativa, comuníquese con el proveedor de la misma escribiendo a CME@medscape.net.

Para obtener asistencia técnica, comuníquese con CME@medscape.net

La actividad educativa presentada anteriormente puede involucrar situaciones simuladas basadas en casos. Los pacientes que aparecen en estas situaciones son ficticios y no se pretende ni debe inferirse ninguna asociación con ningún paciente real.

El material presentado aquí no necesariamente refleja los puntos de vista de Medscape, LLC ni de las compañías que apoyan programas educativos en medscape.org. Estos materiales pueden analizar productos terapéuticos que no han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. y usos no aprobados de productos aprobados. Se debe consultar a un profesional de atención médica calificado antes de utilizar cualquier producto terapéutico analizado. Los lectores deben verificar toda la información y los datos antes de brindar tratamiento a pacientes o emplear cualquier medicamento descrito en esta actividad educativa.

Medscape Education © 2022 Medscape, LLC

Medscape Education, LLC