

# INMUNIZACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN EL ÁMBITO DE ONCOLOGÍA Y TRASPLANTES DE CÉLULAS PROGENITORAS: LOS EXPERTOS BRINDAN ORIENTACIÓN PRÁCTICA

[www.medscape.org/livewebcast/covid19-vaccination-children-spanish](http://www.medscape.org/livewebcast/covid19-vaccination-children-spanish)

**Paul Moss, MD, PhD:** Hola. Bienvenidos a todos. Gracias por acompañarnos hoy en este webinar en directo sobre la inmunización contra la COVID-19 en el ámbito de la oncología y los trasplantes de células progenitoras. Como verán, hoy queremos brindarles orientación práctica para su práctica clínica. Mi nombre es Paul Moss, soy profesor de hematología de la Universidad de Birmingham del Reino Unido, y me acompaña mi colega Malgorzata. Tal vez le gustaría presentarse a sí misma.

**Malgorzata Mikulska, MD, PhD:** Sí. Hola a todos, soy Malgorzata Mikulska. Soy especialista en enfermedades infecciosas con un interés particular en pacientes inmunodeprimidos, y entre ellos, los pacientes con neoplasias hematológicas y receptores de trasplantes de células progenitoras. Así que les damos la bienvenida.

**Dr. Moss:** Muchas gracias. Con este programa en los próximos 40 minutos más o menos, vamos a analizar los resultados de la COVID-19 en pacientes con enfermedades malignas, incluido el trasplante. Les mostraremos los datos clínicos de las vacunas en pacientes con estas afecciones, y particularmente queremos brindar información sobre recomendaciones de guías y puntos prácticos. Pero antes de que veamos algunos de los impresionantes resultados de la vacunación, permítanme que nos remontemos a esos tiempos difíciles de los primeros días de la pandemia y ver a lo que nos enfrentábamos entonces, y creo que todos tenemos nuestros recuerdos clínicos de esa época a principios de 2020. Esta es una diapositiva que muestra a los pacientes y su alta tasa de mortalidad relacionada con la COVID-19. Esta es particularmente la tasa de mortalidad a los 14 días. Y si observamos el eje Y, se pueden ver tasas de mortalidad de 10%, 20%, 30%, y en las barras rojas es cuando sucedió la primera oleada.

Si se fijan en la parte derecha de la pantalla, esas barras rojas tan altas son pacientes, como pueden ver, con mieloma múltiple, leucemia o linfoma. Ya aquí se puede ver el riesgo que se observó en los pacientes con neoplasias hematológicas malignas. Y si nos vamos un poco a la izquierda, veremos que también destaca el cáncer de pulmón, otra afección que sigue representando todo un desafío. Eso es a lo que nos enfrentábamos y, por supuesto, las vacunas han transformado realmente el panorama.

En la siguiente diapositiva nos enfocamos en particular en los pacientes de alto riesgo. Estos son algunos datos del Reino Unido, en realidad, donde el gobierno les pidió a los médicos clínicos que identificaran a los pacientes con un riesgo especialmente elevado. Estos son los pacientes con tumores sólidos y entre ellos se eligió el cáncer metastásico o inoperable localmente avanzado, como se puede ver, el cáncer de pulmón parece ser el que más se destaca, el tipo de tratamiento, las personas que están recibiendo quimioterapia, inhibidores de

la PI3-cinasa o radioterapia dentro de los 12 meses, o pacientes que habían tenido una resección quirúrgica dentro de los tres meses. Desafortunadamente, el cáncer es una afección muy común, pero éstas parecen ser las afecciones con un mayor riesgo. Si nos fijamos en la hematología, estas fueron las áreas que se eligieron por considerarse de un riesgo especialmente elevado: los pacientes con alotrasplante de células progenitoras, sobre todo en los últimos 12 meses, parecen tener un alto riesgo y esos pacientes que van a presentar enfermedad injerto contra huésped activa, porque necesitan inmunosupresión.

Y la inmunoterapia CAR-T, por supuesto, ha transformado nuestra práctica, pero esta también induce a la inmunosupresión. Y se puede observar que la recomendación era que quienes recibían inmunoterapia CAR-T en los últimos 24 meses tenían riesgo especialmente elevado. Creo que ha habido algún debate acerca de esos plazos, 12 meses, 24 meses, y otra cosa que se recomienda tener en cuenta es el recuento de linfocitos. Y, si el recuento de linfocitos sube a, digamos, 1 o más, esto es un indicio confiable de que puede haber reconstitución inmunitaria. Los pacientes hematológicos que habían recibido tratamiento sistémico contra el cáncer también presentaban un riesgo muy alto, y aquellos en la parte inferior, hay algunos cánceres de la sangre que son intrínsecamente inmunosupresores independientemente del tratamiento. Y se puede ver el mieloma, la leucemia linfocítica crónica. Y este es uno de los motivos por los que los pacientes con cáncer hematológico presentan un riesgo tan elevado. Ahora, el tema de la vacunación. ¿Funcionan las vacunas en este grupo de pacientes inmunodeprimidos? Sí, definitivamente proporcionan una protección muy valiosa.

Veamos los datos. Esta es una diapositiva bastante interesante porque fue en los primeros días, pueden ver la época, de enero a septiembre de 2021, los primeros nueve meses de vacunación. Parece bastante complejo, pero vamos a desglosarlo para que lo entiendan. En la parte superior izquierda, pueden ver neoplasia maligna sólida en más de 8000 pacientes. Y luego si miran a la derecha, donde dice 79, esa es la eficacia de la vacuna frente a las hospitalizaciones con dos dosis de la vacuna de ARNm. Es decir, estamos obteniendo casi un 80% de protección frente a la hospitalización con solo dos dosis, y verán justo debajo, en comparación con un 85% con la de Moderna (mRNA-1273) y 72% con la BNT-162b2. Si bajamos hasta las neoplasias hematológicas y esos valores son del 74% de protección, 85% con la de Moderna, 62% con la de Pfizer-BioNTech. Y en la parte inferior, los pacientes que recibieron trasplantes de órganos y células progenitoras, tenemos un valor del 59% de protección frente a la hospitalización. El análisis de subgrupos muestra nuevamente una ligera mejoría con la de Moderna (mRNA-1273), con un valor de 70%.

¿Qué podemos deducir de todo esto? Al principio, cuando buscábamos una vacuna contra la COVID-19, esperábamos un 50% de protección, así que estamos consiguiendo mucho más que eso. Pero estas cifras son inferiores a las que observamos en la población general, y por eso estamos hoy aquí, para hablar de cómo podemos mejorarlas aún más. Entonces, ¿cómo funcionan las vacunas? ¿Son los anticuerpos, las células T? Esta es una cohorte interesante donde los pacientes hematológicos, que comenzaron con 365, como se puede ver a la derecha, se aplicaron sus dos vacunas, y luego los pacientes en verde, son los que experimentaron seroconversión. Pero los pacientes en azul fueron los que no tuvieron seroconversión y recibieron la tercera vacuna, y se puede ver entonces que algunos de esos azules se convirtieron en verdes. Pero lo que hizo este grupo fue observar la tasa de infección posterior en esta cohorte, y se puede ver que los pacientes que eran seronegativos tenían una mayor tasa de infección. Esto es lo que llamamos anticuerpos como correlato de protección contra la COVID-19. Así que creo que el tema de hoy es que tenemos que conseguir que más personas lleguen a ser seropositivas.

**Dra. Mikulska:** Permítanme mostrarles las tasas de seroconversión tras la vacunación primaria en diferentes pacientes con neoplasias hematológicas. Y, de hecho, vemos en la parte superior los controles sanos, con casi el 100 % de seroconversión. Se ven cánceres sólidos con un resultado muy bueno de más del 90% de seroconversión, y luego se ven neoplasias hematológicas malignas, que son significativamente más bajas en cuanto a la tasa de seroconversión. Sin embargo, siguen siendo casi del 70%, y creo que es importante destacar que las tasas son más bajas que en otros pacientes, aunque siguen siendo bastante elevadas. Y se puede ver que aquellos sin tratamiento hematológico logran un 80% de tasa de seroconversión, que es mucho, mucho más alto de lo que esperábamos y mucho más alto de lo que vemos también con otras vacunas, como la de la gripe.

Y los que están en tratamiento, estos son los pacientes con una menor tasa, que aquí es del 60%, lo que sigue siendo bueno. Sin embargo, estos pacientes requieren más atención. Y si profundizamos en el diagnóstico hematológico, veámoslo de abajo a arriba. Tenemos muy buenas tasas de seroconversión en la leucemia aguda, y esto es una información muy positiva. Luego tasas ligeramente más bajas en el síndrome mielodisplásico, en el linfoma de Hodgkin, en el mieloma múltiple, aún entre el 75% y el 80%, lo cual es excelente. Y luego hay dos grupos que tienen tasas de seroconversión significativamente más bajas, y son los pacientes con linfoma no Hodgkin y aquellos con leucemia linfocítica crónica. Y estos son pacientes que, debido a los tratamientos o intrínsecamente debido a la enfermedad, con frecuencia no generan anticuerpos, por lo que no es de sorprender que la producción de anticuerpos haya disminuido en estos pacientes.

Y esta es mi pregunta para usted. Según los datos actuales, ¿cuál es el efecto de las vacunas contra la COVID-19 en un paciente que ha recibido anticuerpos específicos anti-CD20 en los seis meses previos? ¿Cree que es poco probable que la vacunación proporcione un beneficio clínico y que solo debería administrarse un tratamiento profiláctico con anticuerpos? ¿Cree que es probable que la respuesta de anticuerpos a la vacuna sea menos potente que la observada en donantes sanos y que la respuesta de células T también sea más débil con el tratamiento anti-CD20? ¿O cree que es probable que la respuesta de anticuerpos a la vacuna sea equivalente a la que se observa en donantes sanos, pero que la respuesta de células T en general se mantenga bien? ¿O es probable que la respuesta de anticuerpos a la vacuna sea menos potente que la observada en donantes sanos, pero que la respuesta de células T se mantenga bien? La respuesta de las células T por lo general se mantiene bien, y esta es una de las razones por las que decimos que, en estos pacientes, el hecho de que no hayan experimentado seroconversión no significa que no hayan obtenido ningún beneficio de la vacunación. Y creo que es muy importante resaltar este punto porque al principio, las personas decían: ¿de qué sirve vacunarlos si no se obtiene la respuesta? Y ahí está la razón para vacunarlos. Y por esta razón, les mostraré estos datos, si puedo pasar a otra diapositiva. Lo siento. No. Disculpen. Esta es la diapositiva que buscaba.

Me agrada que haya muchos estudios diferentes sobre este tema. Me gusta este porque los colores son muy ilustrativos. Como se puede ver, estas son las respuestas a la vacuna de ARNm en pacientes con neoplasias hematológicas y receptores de trasplantes de células progenitoras. El rosa significa una buena respuesta, respuesta tanto celular como humoral presente. El violeta indica que no hay respuesta, ni celular ni humoral. Pero ahora quiero que nos centremos en las barras azules, y las barras azules son los pacientes que no desarrollaron anticuerpos, pero sí una respuesta celular a la vacuna. Y como pueden ver, estas barras son especialmente pronunciadas en las neoplasias linfocíticas y en los pacientes tratados con anticuerpos anti-CD20. Así que eso demuestra que, aunque no haya respuesta serológica, entre respuesta celular con o sin anticuerpos, estamos cubriendo casi el 80% de la población vacunada, lo cual es una excelente noticia. Y observen estas barras que muestran que incluso

en los receptores de trasplantes con diferente inmunidad, las barras de color rosa, que significa ambas respuestas presentes, siguen siendo más del 50%.

Y esto se muestra claramente en los amplios datos de población, y esto es del estudio europeo EPICOVIDEHA, se puede ver que la mortalidad en los pacientes hematológicos en la era anterior a las vacunas era de hasta el 40% con una tasa de supervivencia cuya la línea inferior está en el 60%. Sin embargo, en la era de las vacunas, es decir de enero de 2021 a marzo de 2022, la mortalidad fue inferior al 20%, y esto es sumamente importante. Sigue siendo más elevada que en la población general, pero es una mejora significativa. Sin embargo, lo que sucede es que vacunamos a nuestro paciente y sabemos que los niveles de anticuerpos disminuirán con el tiempo. Hemos observado la disminución de la protección inmunitaria en personas sanas y en pacientes con cáncer. Y podemos ver aquí a la izquierda, los puntos rojos muestran que, en la cohorte de cáncer, tal vez porque la inmunidad esté todavía de alguna manera deteriorada, esta disminución de los anticuerpos es más pronunciada. Por lo tanto, necesitan hacer algo para no perder todos sus anticuerpos.

Y si miran en la parte derecha de la diapositiva, verán que cuanto más larga es la barra, más significativa es la disminución de anticuerpos. Y los pacientes con leucemia y linfoma, el extremo derecho en verde, son los que tienen la mayor pérdida de los anticuerpos. Entonces, ¿qué debemos hacer? Sabemos que hay una forma de aumentar la tasa de anticuerpos y de aumentar la tasa de seroconversión; y una dosis de la vacuna de refuerzo, la tercera dosis, ha demostrado beneficio al aumentar la tasa de seropositividad en pacientes con neoplasias hematológicas malignas. Aquí tenemos un meta-análisis, pero también hay otros que muestran sistemáticamente que la tasa de pacientes seronegativos disminuye con la tercera dosis.

Sin embargo, lo que sucedió también, se puede ver aquí a la izquierda, es que los pacientes con cánceres sólidos o hematológicos tenían niveles de anticuerpos significativamente más bajos antes de la tercera dosis, que después de la tercera dosis.

Este aumento, si observamos las cifras, es más del doble después de la dosis de la vacuna de refuerzo. Sin embargo, días o semanas después de la tercera dosis volvemos a la misma historia: los niveles de anticuerpos disminuyen. Su inmunidad parcial se mantendrá, pero los niveles de anticuerpos en todas las categorías de neoplasias hematológicas disminuirán, como se ha demostrado. ¿Entonces qué hacemos? Hacemos que vuelvan a aumentar. Y este aumento puede lograrse con una cuarta dosis de la vacuna. Aquí, vemos los datos para la cuarta dosis de la vacuna de ARNm y se puede ver aquí que, tanto en pacientes con cánceres sólidos como en pacientes con cáncer hematológico, las tasas aumentaron significativamente. Y si se fijan a la derecha, la tasa de seronegativos fue casi nula en los pacientes con cáncer sólido y continuó reduciéndose significativamente a menos del 20% en los pacientes con neoplasias hematológicas malignas. Se trata de datos importantes que demuestran que, en estas poblaciones, la aplicación de la vacuna de refuerzo aumenta en efecto los niveles de anticuerpos.

**Dr. Moss:** Muchas gracias. Lo que estamos diciendo, para resumir, es que los pacientes inmunodeprimidos necesitan dosis de vacunas adicionales y estamos intentando que logren la seropositividad. ¿Qué evidencias hay de ello en términos de protección? Creo que este es un estudio muy bueno en realidad de Leonard Lee y colegas del Reino Unido, y lo que ellos hicieron fue una evaluación transversal de las pruebas de anticuerpos en la población y luego compararon a los pacientes con cáncer con la población general. Y fíjense en el lapso de tiempo, es bastante interesante, septiembre de 2021, que fue cuando estaba la variante delta, hasta marzo de 2022, es decir que incorpora también la oleada de ómicron. Y curiosamente, si nos fijamos en la población general de las personas que se sometieron a las pruebas, la seronegatividad fue de menos de 1 en 1000. Resulta realmente fascinante la cantidad de

personas que, para entonces, ya sea a través de las vacunas o de la infección, habían alcanzado cierto nivel de seroconversión. Pero fíjense en esta población de pacientes con cáncer, más de tres mil quinientos pacientes, algo estadísticamente fuerte.

A la derecha, se pueden ver dos grupos en los que hay niveles más bajos de anticuerpos y esos corresponden de nuevo a los que tienen cáncer hematológico, leucemia, linfoma o mieloma. Y la seronegatividad, a pesar de tres dosis de vacuna, aquí fue de aproximadamente el 14%. En el conjunto de la población con cáncer en general, la seronegatividad seguía siendo ligeramente inferior al 5%, por lo que se puede apreciar la diferencia con respecto a la población general. Ahora bien, ¿qué hay de la protección contra la infección y la hospitalización? Aquí están los datos, y a la izquierda está la relación entre el nivel de anticuerpos, el título en el eje X, que como se puede ver a medida que avanzamos a la derecha, los niveles de anticuerpos son más altos, y en el eje Y, el porcentaje de infecciones, las infecciones en personas vacunadas. Y de nuevo, arriba a la izquierda, linfoma, leucemia, niveles bajos de anticuerpos y tasas más altas de infección en personas vacunadas. En general, el cociente de probabilidades de infección se triplicó en las personas seronegativas. A la derecha, hospitalización. Y aquí, el mismo panorama con ese tipo de trastornos en la parte superior izquierda, pero el cociente de probabilidades (odds ratio) aquí fue aún mayor, 6,5 de riesgo de hospitalización para los pacientes con cáncer seronegativos. Así que realmente necesitamos mejorarlo.

Tal como lo señalaba Malgorzata, aquí es donde realmente necesitamos la cuarta dosis de vacuna y más, de hecho. Esta es solo una de las tantas diapositivas que podríamos haber elegido para mostrarles. Esto muestra la inhibición de la neutralización de la cuarta dosis en pacientes con mieloma múltiple, y se puede ver en las columnas azules, a la izquierda es antes de la cuarta dosis y a la derecha es después. Y se puede ver que se han elegido específicamente a los pacientes que tenían tratamiento anti-CD38, tratamiento dirigido a BCMA, u otros. Y verán que ambas columnas azules van subiendo. Y recuerden lo que intentamos lograr con las vacunas de refuerzo, hay varias cosas, intentamos aumentar el título de anticuerpos y mantenerlo para seroconvertir a más pacientes, pero también mejorar la calidad de los anticuerpos para que tenga una mejor neutralización de las variantes virales. Y esto es algo que estamos viendo en esta diapositiva, este porcentaje de inhibición de la replicación viral. El subgrupo de BCMA, se puede ver allí, mostró una inhibición baja, pero se trataba de un grupo muy pequeño y no creo que fuera estadísticamente muy notable, pero muestra el poder de la cuarta vacuna.

Ahora, no hemos hablado mucho hoy sobre las células T, pero aquí hay algunos datos en pacientes con trasplante de células progenitoras, y muestran de nuevo las células T con la vacuna de refuerzo.

A la izquierda, estamos viendo la medición de las respuestas de las células T y verán que la parte inferior izquierda es el pico, la respuesta a la vacuna. Verán donantes sanos en rojo y están produciendo células T con la vacunación. Los pacientes justo después de tres vacunas, se puede ver en negro, tienen respuestas bajas, pero están en azul. La cuarta dosis de vacuna los está elevando y los está llevando estadísticamente al mismo nivel que los donantes sanos. Aunque los pacientes con trasplantes tienen una función deficiente de células T, las vacunas también pueden ayudar en este caso. A la derecha hay un pequeño gráfico interesante en el que se observa el intervalo de tiempo transcurrido desde la última vacunación y la respuesta de las células T. A medida que pasa el tiempo, tal vez la respuesta de las células T va disminuyendo. ¿Están disminuyendo las células T? Es difícil decirlo, pero sin duda es posible. Por cierto, las células T pueden vivir durante mucho tiempo y, por supuesto, estamos hablando del SARS-CoV-2, pero con el virus SARS-CoV-1 de hace 20 años, las personas tenían las

células T durante 18 años, así que tenemos la esperanza de que la memoria de las células T se mantenga.

**Dra. Mikulska:** Es muy cierto lo de los ingresos hospitalarios. Incluso en nuestra práctica clínica, esos pocos pacientes que ingresan por neumonía covídica ahora durante la fase de la variante ómicron y después de la vacunación, son pacientes con linfoma no Hodgkin y leucemia linfocítica crónica. Porque las personas con leucemia aguda, aunque contraigan COVID-19, por lo general no evolucionan a una enfermedad grave, por lo que estas son nuestras poblaciones de riesgo. Así como hemos destacado los beneficios de la cuarta dosis de las vacunas de ARNm, debemos también tener en cuenta la tolerabilidad. Y aquí se pueden ver las reacciones locales en la zona de la inyección, las reacciones sistémicas, cualquier efecto en la salud, no poder realizar las actividades cotidianas, ir a la escuela o al trabajo, o necesitar atención médica.

Y se puede ver que la tercera y cuarta dosis no producen un mayor porcentaje de efectos secundarios negativos en comparación con las primeras dos dosis. Y creo que la reacción local a la inyección es algo que observamos con mucha frecuencia. Sin embargo, las complicaciones graves son muy, muy infrecuentes y también deben juzgarse en función del potencial de daños que pueda causar la infección por SARS-CoV-2. Así que creo que, en esta población, la falta de tolerabilidad de las vacunas no debería preocuparnos porque no se ha demostrado y realmente se compensa con los beneficios. Esto me lleva a las diapositivas de las guías clínicas, las cuales son numerosas, pero queríamos mostrarlas en su totalidad para luego señalar algunos aspectos.

Y pueden ver aquí, la parte superior izquierda es la situación más frecuente. Actualmente estas son las guías clínicas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), de EE. UU.; sin embargo, fueron diseñadas específicamente para las personas con inmunodepresión moderada o grave y son bastante fáciles de buscar, así que creo que vale la pena mencionar que pueden volver a repasarlas, incluso más tarde, si tienen algunas dudas. Y pueden ver aquí que, para las personas de más de 12 años, tenemos ahora la recomendación de tres, y no dos, dosis primarias de la vacuna de ARNm. Las primeras dos dosis con el intervalo de 3 a 4 semanas, la segunda y la cuarta con un intervalo de al menos 4 semanas. Y también se recomienda que aquellos que no recibieron la tercera dosis primaria, deben recibir la tercera dosis primaria, y luego al menos dos meses después se recomienda una vacuna de refuerzo bivalente de ARNm. Y el esquema cambia un poco para otras vacunas, pero este es el punto principal.

**Dr. Moss:** Sí, ya hemos hablado de esto antes, ¿verdad, Malgorzata? Quiero decir que la parte superior izquierda es bastante interesante para mí porque ciertamente en el Reino Unido, por ejemplo, en las poblaciones inmunodeprimidas ahora se recomienda normalmente aplicar seis vacunas. Así que seguiríamos con esas tres vacunas primarias, pero donde dice al menos 2 meses, dimos dos vacunas de refuerzo de la vacuna original y luego ahora esa bivalente. Así que justo donde dice al menos dos meses, probablemente hubiéramos podido incluir dos dosis más de vacunas. Eso es algo que me pareció interesante.

**Dra. Mikulska:** Y, de hecho, las incluimos. Y las recomendaciones son que todavía al menos dos meses después de las vacunas de refuerzo, se puede aplicar la bivalente como dosis adicional y sería la quinta o incluso la sexta dosis. Así que creo que es importante recordar que, mientras tanto, estábamos dando a los pacientes las vacunas de refuerzo con la eficacia que demostramos. Bueno, la parte inferior de esta diapositiva se ha vuelto más obsoleta en las últimas semanas o mes y algo porque estas son las recomendaciones sobre la inmunización pasiva. La profilaxis previa a la exposición con anticuerpos múltiples, de larga duración, aprobada para esta indicación. Y aquí, la diapositiva especifica los plazos.

Si usted vacunó a su paciente, debe esperar al menos dos semanas para administrarle la profilaxis previa a la exposición. Pero una vez que se administra la profilaxis previa a la exposición, se puede vacunar al paciente casi inmediatamente porque no interferirá en la eficacia de la vacuna.

Sin embargo, sabemos que con las variantes que circulan actualmente, incluso estos anticuerpos monoclonales han perdido la mayor parte o la totalidad de su eficacia. Tenemos esperanzas de que surjan otros, ya que se han desarrollado muchos, pero aún los estamos esperando. Así que otras guías clínicas que pueden consultar son las guías clínicas de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), que en realidad son muy interesantes en lo que respecta a los plazos de vacunación, porque a veces es difícil incluir la vacuna en un paciente que está recibiendo quimioterapia. Y aquí, tienen las recomendaciones de que en los pacientes tratados con trasplante de células progenitoras, la vacunación debe comenzar al menos tres meses después. En aquellos que estén recibiendo quimioterapia citotóxica intensiva para cánceres hematológicos, probablemente se debería postergar hasta resolver la neutropenia. Sin embargo, a aquellos que no se espera que se recuperen, se los debe vacunar. No los perjudicará. Pero si no los vacuna, no les proporcionará los beneficios. Y creo que este es un mensaje importante, que todavía podemos vacunar a estos pacientes y esperar algún beneficio.

Y en caso de cirugía mayor por tumores sólidos, aunque no la administramos el mismo día de la operación, se debe dejar un par de días de separación entre la fecha de la intervención quirúrgica y la de vacunación, o más en caso de una operación complicada o de trasplante, por ejemplo, de órgano sólido. Sin embargo, no esperen demasiado porque no hay razón para posponer la vacunación. Y las guías clínicas europeas de la Conferencia Europea sobre Infecciones por Leucemia han proporcionado recomendaciones muy detalladas tanto para los pacientes sin trasplante pero con cáncer hematológico como después del trasplante. Y, de hecho, indicaron que incluso los pacientes que ya hayan tenido COVID-19 deben vacunarse con un esquema primario completo, que se debe informar a las personas sobre el riesgo continuo de COVID-19 y mantener otras medidas de protección. Esto es muy importante, sobre todo hoy, cuando el SARS-CoV-2 sigue circulando mucho en la comunidad. Así que mascarillas, distanciamiento, higiene.

Los contactos del hogar, por supuesto, deben estar al día con la vacunación, como en el caso de cualquier otra enfermedad prevenible mediante vacunación, como la gripe. Y el tratamiento con cualquier anticuerpo monoclonal no debe impedirnos administrar la vacuna. Y si alguien aún no ha recibido el esquema de vacunación primaria, ahora sabemos que debe ser de tres dosis. También en el caso de los niños que, por ejemplo, ya tienen edad para recibir la vacuna según lo recomendado por las guías internacionales y nacionales, se deben considerar las vacunas de refuerzo por lo menos tres meses después de la tercera dosis, y en el caso de las personas que fueron vacunadas, ya sea durante la quimioterapia o antes, debemos comprobar los títulos de anticuerpos para ver si deben volver a vacunarse rápidamente o también podemos optar por administrar las vacunas de refuerzo necesarias. E incluso si se desconoce su titulación, es muy importante saber que las vacunas contra la COVID-19 no deben retrasar en modo alguno el tratamiento de la enfermedad subyacente.

En cuanto a los receptores de trasplantes, el intervalo de tres meses para iniciar las vacunas o la revacunación de estos pacientes sigue siendo válido si hay una alta transmisión comunitaria en curso; con seis meses la eficacia podría ser mayor y es el intervalo de tiempo aceptable si la circulación comunitaria es menor. Y es importante saber que existe algún riesgo menor de empeoramiento o una exacerbación de la enfermedad de injerto contra huésped. Sin embargo, no se ha considerado una contraindicación para la vacunación, sino solo como un factor que influye en el momento de la vacunación después del trasplante. Y una de las últimas cosas que

todavía necesitamos saber como médicos tratantes, pero que también necesitamos transmitir a los pacientes, es que incluso en los tiempos de las vacunas de refuerzo y la variante ómicron, cuando observamos los factores de riesgo de muerte por COVID-19 después de recibir la vacuna de refuerzo, el cáncer, la neoplasia hematológica maligna, el trasplante de médula ósea y, entre los cánceres sólidos, el cáncer de pulmón, son las categorías que todavía conllevan un riesgo de muerte. Y creo que es importante remarcar esto.

**Dra. Mikulska:** Gracias, Malgorzata. Bien, estamos ya finalizando realmente, y quiero tener algo de tiempo para preguntas si se me lo permiten, pero estos son, a mi entender, algunos de los puntos que hemos tratado en la última media hora: el momento de la vacunación, la consideración de un tratamiento, el número de dosis de vacunas, que ahora es hasta cinco o seis en muchos casos, y por supuesto, el uso de estrategias de profilaxis previa a la exposición, y probablemente nos referiremos a estas en algunas de las preguntas.

Creo que una cosa que deberíamos mencionar para concluir es que la vacunación es el pilar de protección de esta población. Pero, por supuesto, los medicamentos antivirales son importantes cuando se producen infecciones ¿verdad? Y estamos viendo un menor uso de anticuerpos monoclonales. No se utilizan tanto, por cierto.

**Dra. Mikulska:** Los anticuerpos monoclonales, la mayoría de ellos, si no todos, perdieron su eficacia contra los virus que circulan actualmente. Sin embargo, el diagnóstico temprano y el tratamiento temprano con antivirales es otro método muy eficaz para reducir la mortalidad. Y creo que se deben administrar en conjunto, por supuesto, con la pauta completa de vacunación.

**Dr. Moss:** Hasta aquí hemos llegado. Estoy seguro de que tendremos nuevos monoclonales, la ciencia ha sido estupenda, pero tenemos que finalizar la sesión aquí. Espero que hayan disfrutado la sesión y les haya resultado útil. Por mi parte, definitivamente hoy he aprendido algunas cosas y he disfrutado mucho. Muchas gracias por acompañarnos hoy.

**Dra. Mikulska:** Gracias.

*Esta transcripción no ha sido editada y corregida.*

### **Exención de responsabilidad del programa de COVID-19**

Nota: La información sobre el brote de coronavirus se encuentra en continua evolución. El contenido de esta actividad sirve como referencia histórica a la información que estaba disponible al momento de esta publicación. Continuamos ampliando las actividades sobre este tema a medida que surge nueva información. Es política de Medscape Education evitar mencionar marcas o fabricantes específicos en actividades educativas acreditadas. Sin embargo, en esta actividad se proveen los nombres de los fabricantes relacionados con las vacunas contra la COVID-19 aprobadas para tratar de promover la claridad. El uso de los nombres de los fabricantes no debe considerarse un aval de ningún producto o fabricante específico por parte de Medscape.

### **Exención de responsabilidad**

Este documento es para fines educativos únicamente. No se otorgarán créditos de Educación Médica Continuada (CME) por leer el contenido del presente documento. Para participar en esta actividad, visite [www.medscape.org/viewarticle/987844](http://www.medscape.org/viewarticle/987844)

Para preguntas relacionadas con el contenido de la presente actividad, comuníquese con el proveedor de esta actividad educativa a [CME@webmd.net](mailto:CME@webmd.net).

Para obtener asistencia técnica, comuníquese con [CME@medscape.net](mailto: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 WebMD Global, 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 Agencia Europea de Medicamentos para su uso en Europa y usos no aprobados de productos aprobados. Se debe consultar a un profesional sanitario 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 © 2023 WebMD Global, LLC