



Abordaje de los malentendidos sobre la vacuna contra el COVID-19

La cuestión

La desinformación sobre la vacuna contra el COVID-19 sigue en circulación. Desde el momento en que se autorizaron las vacunas, una gran cantidad de desinformación se podía clasificar como *mitos*: nociones falsas o infundadas que simplemente no son ciertas (p. ej., “administrarse una vacuna contra el COVID-19 puede hacer que su cuerpo se vuelva magnético”).

Ahora bien, una gran cantidad de desinformación se puede considerar como *malentendidos*: creencias que no se pueden comprobar con evidencia actual. Los malentendidos se pueden abordar con información real, presentada de una forma que los oyentes puedan aceptar.



Malentendidos frecuentes sobre la vacuna contra el COVID-19

Malentendido: La vacuna no es necesaria si la persona ya tuvo COVID-19.

Hecho: Una creciente proporción de la población de los EE. UU. tuvo infecciones por SARS-CoV-2 y podría correr el riesgo de una reinfección de SARS-CoV-2 que derive en una hospitalización. La vacunación contra el COVID-19 después de la infección provee protección adicional contra la enfermedad grave y la hospitalización.

Otro de los desafíos de la pandemia de COVID-19, que evoluciona rápidamente, ha sido caracterizar la respuesta inmunitaria humana contra el SARS-CoV-2, incluidos la duración y el nivel de protección que los anticuerpos pueden proveer contra las reinfecciones. Se estima que una infección anterior por SARS-CoV-2 otorga un alto nivel de protección (aprox. 90 %) contra la reinfección.¹ Este nivel elevado de protección fue aplicable a las variantes Alfa, Beta y Delta, y las reinfecciones fueron poco frecuentes. Sin embargo, la protección contra la reinfección fue significativamente menor para la variante Ómicron (aprox. 60 %) e incluso más baja para las subvariantes de Ómicron.^{2,3} Con los datos provenientes de Dinamarca, se confirmó que la reinfección con la subvariante Ómicron BA.2 ocurrió al menos 20 días después de la infección con Ómicron BA.1.⁴

La vacunación contra el COVID-19 después de una infección por SARS-CoV-2 otorga lo que se conoce como inmunidad híbrida. Cada vez hay más pruebas que indican que la *inmunidad híbrida* es superior a la inmunidad inducida por la infección y la vacunación.^{5,6}

La vacunación contra el COVID-19 después de la infección de SARS-CoV-2 es especialmente importante y eficaz para prevenir la hospitalización asociada con una reinfección. En un análisis de datos de pacientes adultos que tuvieron una infección de SARS-CoV-2 realizado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), la eficacia estimada de la vacuna frente a las hospitalizaciones asociadas con el COVID-19 fue de 47.5 % después de una serie primaria de dos dosis y de 57.8 % después de una dosis de refuerzo durante el periodo de predominio de la variante Delta (del 20 de junio

Abordaje de los malentendidos sobre la vacuna contra el COVID-19

al 18 de diciembre de 2021).¹ Durante el periodo de predominio de la variante Ómicron (del 19 de diciembre de 2021 al 24 de febrero de 2022), la eficacia de la vacuna fue del 34.6 % después de la serie primaria y de 67.6 % después de una dosis de refuerzo.

Los CDC recomiendan que todas las personas de seis meses de edad en adelante, incluidas aquellas que tienen antecedentes de infecciones de SARS-CoV-2 sintomáticas y asintomáticas, se mantengan al día con la vacunación contra el COVID-19.⁷ Las personas que tienen COVID-19 deberían esperar para administrarse cualquier vacuna, incluida la vacuna contra el COVID-19, hasta recuperarse y completar el periodo de aislamiento recomendado. Además, las personas que tuvieron COVID-19 recientemente *pueden* considerar aplazar su siguiente dosis de vacuna (dosis primaria o refuerzo) hasta tres meses después de la aparición de sus síntomas (o desde el momento en que obtuvieron el primer resultado positivo, en el caso de pacientes asintomáticos). Un periodo mayor entre la infección y la vacunación puede dar como resultado una mejor respuesta inmunitaria a la vacunación.

Malentendido: La inmunidad “natural” que las personas adquieren al enfermarse de COVID-19 es mejor que la inmunidad que otorgan las vacunas contra el COVID-19.

Hecho: Vacunarse contra el COVID-19 y estar al día con las vacunas recomendadas es una forma más segura y confiable de desarrollar inmunidad contra el COVID-19 que enfermarse de COVID-19.

Tanto la infección con SARS-CoV-2 como las vacunas contra el COVID-19 generan una respuesta inmunitaria celular y humoral fuerte que inicialmente otorga altos niveles de protección contra la enfermedad sintomática por COVID-19.⁶ Está ampliamente aceptado que la respuesta inmunitaria producida por las vacunas contra el COVID-19 es más previsible y constante que la respuesta inmunitaria producida por las infecciones de SARS-CoV-2 (a veces denominada “inmunidad natural”). El grado de respuesta inmunitaria después de la infección puede variar y depende de factores como la carga viral, la presencia y la gravedad de los síntomas de COVID-19, la edad del paciente y las afecciones médicas subyacentes.

La vacunación también es una forma más segura de desarrollar inmunidad contra el COVID-19 que la infección por SARS-CoV-2. Cientos de millones de personas de los Estados Unidos recibieron vacunas contra el COVID-19 durante el programa de supervisión de seguridad más intenso en la historia de EE. UU. Los eventos adversos graves y los informes de muertes después de recibir la vacuna contra el COVID-19 son poco frecuentes. En contraste, más de cinco millones de estadounidenses fueron hospitalizados con COVID-19 y ha habido más de un millón de muertos. Casi uno de cada cinco adultos estadounidenses que tuvieron COVID-19 afirma haber tenido síntomas de “COVID persistente”.

Si el concepto de “mejor” se define en cuanto a la protección contra el SARS-CoV-2 y la hospitalización, la inmunidad inducida por la infección y la inducida por la vacunación no presentan ventajas claras entre sí, especialmente porque las variantes de SARS-CoV-2 siguen surgiendo. En un análisis de datos de California y Nueva York para el periodo de mayo a noviembre de 2021, las tasas de casos de COVID-19 y hospitalizaciones eran inicialmente más elevadas entre las personas no vacunadas con un diagnóstico previo de COVID-19 (es decir, inmunidad inducida por la vacunación).⁸ Esta relación cambió después de que la variante Delta se volviera predominante a fines de junio y julio de 2021. En una semana a partir del 3 de octubre, las tasas de casos eran más elevadas en el grupo de inmunidad inducida por la vacunación que en el grupo de inmunidad inducida por



Abordaje de los malentendidos sobre la vacuna contra el COVID-19

la infección. Sin embargo, los autores observaron que este fue un periodo en que la inmunidad inducida por la vacunación se redujo para muchas personas, debido a la inmunoevasión y la inmunidad debilitada. El análisis se realizó antes de que muchas personas fueran elegibles o recibieran dosis de vacunas adicionales o de refuerzo.

Las subvariantes Ómicron BA.4 y BA.5 que se volvieron dominantes en julio de 2022 parecieron ser las versiones del virus más capaces de evadir *tanto* la inmunidad inducida por la infección como la inducida por la vacunación hasta ahora. Estar al día con las vacunas recomendadas contra el COVID-19 ofrece la mejor protección contra las formas más graves de la enfermedad, la hospitalización y la muerte. Las recomendaciones seguirán basándose en los datos más recientes relacionados con la seguridad y el buen desempeño de las vacunas, incluidos el paso del tiempo y la efectividad frente a nuevas variantes. Las vacunas bivalentes de refuerzo contra el COVID-19 están disponibles desde el otoño de 2022.

Malentendido: Las vacunas contra el COVID-19 son la causa de las variantes.

Hecho: Las vacunas contra el COVID-19 no generan ni causan variantes del virus causante del COVID-19. Por el contrario, las vacunas contra el COVID-19 pueden ayudar a prevenir el surgimiento de nuevas variantes.

Las nuevas variantes son una parte esperable de la evolución de cualquier virus, incluido el SARS-CoV-2. Los virus están en constante evolución, ya que sufren cambios en el código genético durante la replicación del genoma. Estos cambios pueden deberse a mutaciones genéticas o recombinación viral.

A medida que el virus se propaga, tiene más oportunidades de cambiar. Un porcentaje elevado de cobertura de vacunación de una población reduce la transmisión viral y ayuda a evitar el surgimiento de nuevas variantes.⁹ Los CDC recomiendan las vacunas contra el COVID-19 de la serie primaria para todas las personas de 6 meses de edad en adelante y refuerzos contra el COVID-19 para todas las personas elegibles.

Malentendido: La amplia disponibilidad de tratamientos contra el COVID-19, como los medicamentos antivirales y los anticuerpos monoclonales, elimina la necesidad de vacunarse.

Hecho: Los tratamientos contra el COVID-19 son un complemento de las vacunas. No son un sustituto para la vacunación, que sigue siendo la estrategia más eficaz para prevenir las formas más graves de la enfermedad, la hospitalización y la muerte.

Los tratamientos autorizados actualmente para el COVID-19 se dividen en dos categorías:

- > Los *medicamentos antivirales* atacan partes específicas del virus para evitar que se multiplique por todo el cuerpo. Algunos ejemplos incluyen los agentes por vía oral nirmatrelvir con ritonavir (Paxlovid) y molnupiravir (Lagevrio). Otro ejemplo es el remdesivir (Veklury), que se administra vía infusión intravenosa por varios días consecutivos.
- > Los *anticuerpos monoclonales* ayudan al sistema inmunitario a reconocer y responder de manera más eficaz ante el virus. Un ejemplo es el bebtelovimab y se administra mediante una única inyección intravenosa.

Estos tratamientos están aprobados o autorizados para tratar casos de COVID-19 leves a moderados en personas de alto riesgo de progresar a la forma grave de la enfermedad, incluida la hospitalización y la muerte.

Abordaje de los malentendidos sobre la vacuna contra el COVID-19

Uno de los axiomas de la atención médica es que es mucho más preferible prevenir una enfermedad que tratar a las personas cuando se enferman. Así como la disponibilidad de los fármacos antivirales contra la influenza no eliminan la necesidad de la vacunación anual contra la gripe, los tratamientos contra el COVID-19 no pueden reemplazar a la vacunación. En lugar de eso, los tratamientos son un complemento importante y valioso para el arsenal de opciones contra el SARS-CoV-2.

Los tratamientos contra el COVID-19 tienen desventajas significativas. El remdesivir y el bebtelovimab se deben administrar de manera intravenosa. Los medicamentos antivirales por vía oral están disponibles solo por receta para pacientes individuales con resultados positivos de una prueba viral directa de SARS-CoV-2. El médico tratante debe considerar que el paciente tiene un alto riesgo de progresar a una forma grave de COVID-19. No hay pruebas de beneficios en pacientes de riesgo promedio. El periodo de tratamiento es breve: el tratamiento antiviral se debe iniciar en menos de cinco días de la aparición de los síntomas. No se recomienda el uso de paxlovid para personas con enfermedad renal o hepática grave, y no se recomienda el uso de Lagevrio durante el embarazo. Es posible que haya efectos adversos e interacciones entre fármacos.

En contraste, es más seguro que las personas se vacunen contra el COVID-19. La principal contraindicación de la vacunación es una historia de anafilaxia o reacciones alérgicas graves a cualquiera de los ingredientes de la vacuna contra el COVID-19. Los CDC recomiendan las vacunas contra el COVID-19 de la serie primaria para todas las personas de 6 meses de edad en adelante y refuerzos contra el COVID-19 para todas las personas elegibles.

Referencias

1. Plumb ID, Feldstein LR, Barkley E, et al. Effectiveness of COVID-19 mRNA vaccination in preventing COVID-19–associated hospitalization among adults with previous SARS-CoV-2 infection (Efectividad de las vacunas de ARNm contra el COVID-19 para prevenir hospitalizaciones asociadas con el COVID-19 en adultos con infecciones previas de SARS-CoV-2) - Estados Unidos, junio de 2021 a febrero 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2022;71(15):549–555. doi: 10.15585/mmwr.mm7115e2
2. Altarawneh HN, Chemaitelly H, Hasan MR, et al. Protection against the Omicron variant from previous SARS-CoV-2 Infection (Protección de una infección previa por SARS-CoV-2 contra la variante Ómicron). *N Engl J Med.* 2022;386(13):1288–1290. doi: 10.1056/NEJMc2200133
3. Hachmann NP, Miller J, Collier AY, et al. Neutralization escape by SARS-CoV-2 Omicron subvariants BA.2.12.1, BA.4, and BA.5 (Escape de neutralización por las subvariantes de SARS-CoV-2 Ómicron BA.2.12.1, BA.4 y BA.5). *N Engl J Med.* 2022;387(1):86–88. doi: 10.1056/NEJMc2206576
4. Stegger M, Edslev SM, Sieber RN, et al. Occurrence and significance of Omicron BA.1 infection followed by BA.2 reinfection (Presencia e importancia de la infección con Ómicron BA.1 seguida de reinfección con BA.2). *medRxiv.* Preimpresión publicada el 22 de febrero de 2022. doi: 10.1101/2022.02.19.22271112

Abordaje de los malentendidos sobre la vacuna contra el COVID-19

5. Organización Mundial de la Salud. Interim statement on hybrid immunity and increasing population seroprevalence rates (Declaración provisoria sobre la inmunidad híbrida y el aumento de las tasas de seroprevalencia en la población). 1 de junio de 2022. Consultado el 11 de julio de 2022. <https://www.who.int/news/item/01-06-2022-interim-statement-on-hybrid-immunity-and-increasing-population-seroprevalence-rates>
6. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Science Brief: SARS-CoV-2 infection-induced and vaccine-induced immunity (Inmunidad inducida por la infección de SARS-CoV-2 e inmunidad inducida por la vacuna). 29 de octubre de 2021. Consultado el 11 de julio de 2022. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/vaccine-induced-immunity.html>
7. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Manténgase al día con las vacunas contra el COVID-19. Actualización: 24 de junio de 2022. Consultado el 11 de julio de 2022. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/stay-up-to-date.html>
8. León TM, Dorabawila V, Nelson L, et al. COVID-19 cases and hospitalizations by COVID-19 vaccination status and previous COVID-19 diagnosis (Casos de COVID-19 y hospitalizaciones por estado de vacunación contra el COVID-19 y diagnóstico previo de COVID-19). California y Nueva York, de mayo a noviembre de 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2022;71(4):125–131. doi: 10.15585/mmwr.mm7104e1
9. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. What you need to know about variants (Lo que debe saber sobre las variantes). Actualizado el 26 de abril de 2022. Consultado el 11 de julio de 2022. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/about-variants.html>

