



# Cómo abordar las inquietudes de las personas inmunocomprometidas

*Nota: Si bien esta sección se escribió teniendo en cuenta las vacunas contra la COVID-19, muchos de los principios generales también se aplican a otras vacunas. Las vacunas individuales pueden variar en sus componentes antigénicos o formas farmacéuticas, pero los principios del comportamiento humano y las buenas habilidades de comunicación trascienden la mayoría de las diferencias entre las vacunas.*

## La cuestión

Las personas con sistemas inmunitarios comprometidos se han visto afectadas de manera desproporcionada por la pandemia a causa de la COVID-19. Estas son más susceptibles a la infección provocada por el SARS-CoV-2 y más vulnerables a enfermarse gravemente de COVID-19 y morir. Desafortunadamente, el mensaje de que la vacuna contra la COVID-19 es ineficaz para personas inmunocomprometidas o de que no funciona tan bien en esa población puede haber generado que muchas personas se cuestionen el valor de las vacunas contra la COVID-19. Las pautas y la terminología confusas y cambiantes hicieron que muchos pacientes se sintieran inseguros con respecto a las recomendaciones para la vacunación contra la COVID-19 en personas inmunocomprometidas.

## Información destacada

- > Las personas que tienen un sistema inmunitario comprometido de manera moderada a grave (sistema inmunitario debilitado) corren un mayor riesgo de enfermarse gravemente de COVID-19 (p. ej., hospitalización, ingreso a la unidad de cuidados intensivos, intubación o ventilación mecánica) y morir.
- > Es posible que la respuesta inmunitaria a la vacuna contra la COVID-19 en personas inmunocomprometidas no sea tan fuerte como en personas que no están inmunocomprometidas. Sin embargo, las vacunas de todos modos brindan protección importante contra la enfermedad grave provocada por la COVID-19 y la muerte.
- > Las personas inmunocomprometidas están mejor protegidas contra la enfermedad grave provocada por la COVID-19 y la muerte cuando se mantienen al día con sus vacunas contra la COVID-19.
- > Se les permite a las personas dar fe de su condición de pacientes inmunocomprometidos de manera moderada o grave. Esto significa que no necesitan ninguna documentación sobre su condición para recibir dosis de la vacuna contra la COVID-19 para las cuales son elegibles, dondequiera que se ofrezcan.



## Cómo abordar las inquietudes de las personas inmunocomprometidas

### Preguntas para explorar las inquietudes de los pacientes

- > ¿Qué sabe acerca de la eficacia de las vacunas contra la COVID-19 en personas con sistemas inmunitarios debilitados?
- > ¿Qué le preocupa más acerca de colocarse la vacuna contra la COVID-19?
- > ¿Qué debería ser cierto para que pensara que es importante vacunarse contra la COVID-19?
- > ¿Qué sucedería si le dijera...? (*Brindar información relevante para las inquietudes del paciente*).

### Lo que sabemos

Las primeras vacunas contra la COVID-19 fueron autorizadas en diciembre de 2020, menos de un año después de que se identificara el mapa genético del nuevo coronavirus SARS-CoV-2. Esta línea temporal sin precedentes se logró en parte porque los ensayos de fase 3 se llevaron a cabo durante un tiempo de transmisión comunitaria muy alta, lo que les permitió a los investigadores determinar en meses si una vacuna era eficaz para proteger a los grupos vacunados (en comparación con los grupos que recibieron placebo).

Dado que estos ensayos de fase 3 debieron ser completados con la mayor rapidez posible y se enfocaron en determinar la eficacia y seguridad de las vacunas en la población adulta general, casi la mitad de las personas con sistemas inmunitarios comprometidos (es decir, pacientes con cáncer, pacientes con trastornos reumatológicos, receptores de trasplantes de órganos) quedaron excluidas. Además, dado que las vacunas funcionan aprovechando la capacidad de un sistema inmunitario completamente competente, surgieron inquietudes con respecto a la respuesta inmunitaria a las vacunas contra la COVID-19 en personas inmunocomprometidas y al nivel de protección que la vacunación ofrecería.

Los datos preliminares no fueron prometedores. En un análisis de una muestra de conveniencia de 436 receptores de trasplantes de órganos sólidos que recibieron una primera dosis de una vacuna de ARNm entre el 16 de diciembre de 2020 y el 5 de febrero de 2021, se determinó que menos del 20 % aumentó las respuestas apreciables de los anticuerpos contra la proteína de la espícula.<sup>1</sup> Un estudio de seguimiento demostró cierta mejora en las respuestas de los anticuerpos contra la proteína de la espícula después de una segunda dosis de la vacuna en comparación con la primera dosis, pero las mejoras fueron relativamente modestas. De los 658 receptores de trasplantes incluidos en ese análisis (396 de los cuales formaron parte del primer estudio), 98 (15 %) tuvieron una respuesta medible de anticuerpos después de las dosis 1 y 2; 301 (46 %) no tuvieron respuesta de anticuerpos después de las dosis 1 y 2; y 259 (39 %) no tuvieron respuesta de anticuerpos después de la dosis 1, pero registraron respuesta de anticuerpos posterior después de la dosis 2.<sup>2</sup> Un metanálisis confirmó tasas de seroconversión y concentraciones de anticuerpos menores después de la vacunación contra la COVID-19 en pacientes inmunocomprometidos en comparación con personas inmunocompetentes.<sup>3</sup> Los receptores de trasplantes de órganos demostraron las tasas de seroconversión más bajas, mientras que los pacientes con tumores sólidos demostraron la tasa más alta.

## Cómo abordar las inquietudes de las personas inmunocomprometidas

Estos datos fueron preocupantes porque las personas con inmunodepresión moderada o grave tienen un mayor riesgo de contraer una enfermedad grave por la COVID-19. Se considera que las personas están inmunocomprometidas de manera moderada o grave debido a afecciones y tratamientos que incluyen los siguientes:<sup>4</sup>

- > Tratamiento activo para tumores sólidos y neoplasias hematológicas.
- > Recepción de un trasplante de órgano sólido y realización de un tratamiento inmunodepresor.
- > Recepción de una terapia de células T (CAR-T) con receptores de antígeno quimérico o trasplante de células madre hematopoyéticas (dentro de los 2 años posteriores al trasplante o a la realización de un tratamiento inmunodepresor).
- > Inmunodeficiencia primaria moderada o grave (p. ej., síndrome de DiGeorge, síndrome de Wiskott-Aldrich).
- > Infección por VIH avanzada o no tratada (personas con VIH y recuento de células CD4 inferior a 200 células/mm<sup>3</sup>, antecedentes de enfermedad definitoria del sida sin reconstitución inmunitaria o manifestaciones clínicas de VIH sintomático).
- > Tratamiento activo con corticoesteroides de alta dosis (es decir, 20 mg o más de prednisona o equivalente por día cuando se administra durante 2 semanas o más), agentes alquilantes, antimetabolitos, medicamentos inmunosupresores relacionados con trasplantes, agentes de quimioterapia clasificados como gravemente inmunosupresores, inhibidores del factor de necrosis tumoral y otros agentes biológicos que son inmunosupresores o inmunomodulantes.

Para ayudar a explicar la base científica de sus recomendaciones, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) tienen una página web dedicada con pautas específicas sobre las vacunas contra la COVID-19 para personas con inmunodepresión moderada a grave. Los CDC hacen hincapié en que las personas inmunocomprometidas están mejor protegidas contra la enfermedad grave provocada por la COVID-19, las hospitalizaciones y la muerte cuando se mantienen al día con las vacunas contra la COVID-19. Las recomendaciones actuales se resumen en el Cronograma de vacunación contra la COVID-19 de los CDC para personas inmunocomprometidas de manera moderada o grave.

Los CDC les permiten a las personas dar fe de su condición de pacientes inmunocomprometidos de manera moderada o leve. Esto significa que no necesitan ninguna documentación sobre su condición para recibir dosis de la vacuna contra la COVID-19 para las cuales son elegibles, dondequiera que se ofrezcan dichas dosis.<sup>5</sup>

Las personas inmunocomprometidas deben tener la seguridad de que las vacunas contra la COVID-19 sí funcionan al brindar una sólida protección contra la enfermedad grave. En un estudio de casos y controles que utiliza datos de 21 hospitales de los Estados Unidos (la denominada Red IVY), la eficacia de la vacuna para tres dosis originales de la vacuna de ARNm para evitar el ingreso hospitalario fue alta tanto para personas inmunocompetentes (97 %; IC del 95 %, 95 % a 98 %) como para personas inmunocomprometidas (87 %; IC de 78 % a 92 %) cuando la variante Delta fue dominante (del 4 de julio al 25 de diciembre de 2021).<sup>6</sup> Otro análisis de casos y controles que utilizó datos de la Red IVY evaluó la eficacia de la vacuna contra los resultados más graves de las hospitalizaciones a causa de la COVID-19: ventilación mecánica invasiva y muerte hospitalaria.<sup>7</sup> A lo largo del período de vigilancia (de marzo de 2021 a enero de 2022), la eficacia de la vacuna fue del 92 % (IC de 91 % a 94 %) entre personas inmunocomprometidas y 74 % (IC de 64 % a 81 %) entre adultos con afecciones que comprometen el sistema inmunitario. No obstante, de los 123 pacientes que tuvieron COVID-19 que se habían vacunado y tenían afecciones que comprometen el sistema inmunitario, solo 17 (14 %) habían recibido tres dosis de la vacuna y se consideraba que habían cumplido plenamente con el programa de vacunación.

## Cómo abordar las inquietudes de las personas inmunocomprometidas

### Referencias

1. Boyarsky BJ, Werbel WA, Avery RK, et al. Immunogenicity of a single dose of SARS-CoV-2 messenger RNA vaccine in solid organ transplant recipients (Inmunogenicidad de una dosis única de la vacuna de ARN mensajero contra el SARS-CoV-2 en receptores de trasplantes de órganos sólidos). *JAMA*. 2021;325(17):1784–1786. doi: 10.1001/jama.2021.4385
2. Boyarsky BJ, Werbel WA, Avery RK, et al. Antibody response to 2-dose SARS-CoV-2 mRNA vaccine series in solid organ transplant recipients (Respuesta de anticuerpos a la serie de vacunación de ARNm de dos dosis contra el SARS-CoV-2 en receptores de trasplantes de órganos sólidos). *JAMA*. 2021;325(21):2204–2206. doi: 10.1001/jama.2021.7489
3. Lee ARYB, Wong SY, Chai LYA, et al. Efficacy of COVID-19 vaccines in immunocompromised patients: systematic review and meta-analysis (Eficacia de las vacunas contra la COVID-19 en pacientes inmunocomprometidos: revisión y metanálisis sistemáticos). *BMJ*. 2022;376:e068632. doi: 10.1136/bmj-2021-068632
4. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. People with Certain Medical Conditions (Personas con ciertas afecciones). Actualizado el 15 de abril de 2024. Consultado el 15 de abril de 2024. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html>.
5. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. COVID-19 vaccines for people who are moderately or severely immunocompromised (Vacunas contra la COVID-19 para personas con inmunodepresión moderada o grave). Actualizado el 8 de marzo de 2024. Consultado el 12 de abril de 2024. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/immuno.html>
6. Lauring AS, Tenforde MW, Chappell JD, et al.; Influenza and Other Viruses in the Acutely Ill (IVY) Network (Influenza y otros virus en la Red de investigación de virus respiratorios en enfermos agudos [IVY]). Clinical severity of, and effectiveness of mRNA vaccines against, COVID-19 from omicron, delta, and alpha SARS-CoV-2 variants in the United States: prospective observational study (La gravedad clínica y la efectividad de las vacunas de ARNm contra la COVID-19 por las variantes Ómicron, Delta y Alfa del SARS-CoV-2 en los Estados Unidos: estudio de observación prospectivo). *BMJ*. 2022;376:e069761. doi: 10.1136/bmj-2021-069761
7. Tenforde MW, Self WH, Gaglani M, et al.; IVY Network. Effectiveness of mRNA vaccination in preventing COVID-19–associated invasive mechanical ventilation and death (Efectividad de la vacunación ARNm para prevenir la ventilación mecánica invasiva asociada al COVID-19 y la muerte). Estados Unidos, marzo de 2021 a enero de 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2022;71(12):459–465. doi: 10.15585/mmwr.mm7112e1