

Respuestas prácticas de IPCRG a preguntas sobre COVID-19 y patología respiratoria



¿Qué deberíamos aconsejar a nuestros pacientes sobre la cuarta y siguientes dosis de vacuna del SARS-CoV-2?

Lo que dice la evidencia

La efectividad de la vacuna del SARS-CoV-2 disminuye con el tiempo después de la primera dosis, puesto que disminuyen los niveles de anticuerpos (OMS 2021). En consecuencia, la protección contra la enfermedad grave por COVID-19 disminuye en ~8% en un período de 6 meses; este declive de la protección es mayor a partir de los 50 años (~10%; OMS). La magnitud del declive depende de la vacuna, de la población, del nivel de virus circulante y de la variante predominante, así como de la extensión de la infección previa en la comunidad y del calendario vacunal (intervalo entre dosis). Se estima que la pérdida de protección contra la enfermedad grave es mayor, sobre ~32%, en >50 años (OMS 2021)

Se ha demostrado que la tercera dosis es segura, que aumenta los niveles de anticuerpos (Munro et al 2021) y que reduce la tasa de infección y de enfermedad grave (Bar-On et al 2021). Existen pocos datos actualmente sobre la duración de la protección contra la infección, contra la enfermedad sintomática y la enfermedad grave. Un estudio reciente sobre revacunación con la vacuna de Pfizer BioNTech sugiere un descenso rápido de la protección contra la infección, con implicaciones sobre la dispersión en curso del virus en la comunidad (Levine-Tiefenbrun et al 2021).

Faltan datos sobre la pérdida de protección contra la enfermedad grave, a pesar de que los primeros resultados de los estudios en curso sugieren que podría ser marcadamente más lenta que la pérdida de protección contra enfermedad leve por COVID-19.

La aparición de la variante Ómicron, más transmisible, ha motivado que muchos países aumentaran las tasas de revacunación y acortaran los intervalos entre dosis a medida que dicha variante predominaba. Por ejemplo, en algunos países ya se recomienda la cuarta dosis para personas de riesgo alto por enfermedad grave por COVID-19. Sin embargo, falta evidencia clara para aconsejar un programa amplio de revacunación. La OMS sigue recomendando programas de dosis de refuerzo (tercera dosis) seleccionando a los pacientes de mayor riesgo para enfermedad grave, especialmente en países en vía de desarrollo con tasas bajas de primo-vacunación. Además, la OMS sigue enfatizando la necesidad de focalizar la primo-vacunación en la totalidad de la población adulta antes de extender la vacunación de refuerzo a los grupos de riesgo alto.

La efectividad de las vacunas actuales contra la enfermedad grave COVID-19 causada por la variante Ómicron, todavía se está evaluando y podría ser que se necesiten vacunas alternativas para ésta y otras variantes futuras. La OMS declara que los refuerzos de las vacunas actuales no son una solución viable a largo plazo y que probablemente se necesiten vacunas contra las distintas variantes del SARS-CoV-2.

Lo que esto significa para la práctica clínica

- Los grupos de pacientes con especial riesgo alto de enfermedad grave por COVID-19, como los que reciben tratamiento oncológico, y los inmunodeprimidos, deberían recibir refuerzos de vacuna contra el SARS-CoV-2 según las guías nacionales y disponibilidad.
- Otros grupos de pacientes con factores de riesgo para enfermedad grave por COVID-19, como mayores de 70 años o con enfermedad pulmonar grave o cardiopatía grave también deberían recibir refuerzos de vacuna según las guías nacionales y disponibilidad.

Enlaces útiles y referencias

Bar-On Y, et al. Protection of BNT162b2 vaccine booster against COVID-19 in Israel. *N Engl J Med* 2021;385:1393–400. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34525275/>. Acceso enero 2022.

Levine-Tiefenbrin M, et al. Waning of SARS-CoV-2 booster viral-load reduction effectiveness. Pre-print (not yet peer reviewed). Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.27.21268424v1>. Acceso enero 2022.

Munro APS, et al. Safety and immunogenicity of seven COVID-19 vaccines as a third dose (booster) following two doses of ChAdOx1 nCov-19 or BNT162b2 in the UK (COV-BOOST): a blinding multicentre, randomised, controlled, phase 2 trial. *Lancet* 2021;398:2258–76. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34863358/>. Acceso enero 2022.

World Health Organization. Interim statement on booster doses for COVID-19 vaccination. Updated 22 December 2021. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/22-12-2021-interim-statement-on-booster-doses-for-covid-19-vaccination---update-22-december-2021>. Acceso enero 2022.

Autores

Karin Lispers, Associate Professor (Family Medicine and Preventive Medicine, Uppsala University, Sweden) para y en nombre del grupo de respuestas prácticas de IPCRG.

Última revisión: 10 febrero 2022

Declaración: El contenido de este documento se deriva de las referencias previamente mencionadas. Se ha adaptado la transcripción por claridad y para su aplicabilidad en el contexto de la atención primaria. El contenido no implica ni dirección ni posición del IPCRG respecto al tema. El contenido se podría adaptar si apareciera nueva evidencia. Este contenido es para consulta; está destinado a uso general y no debería considerarse de aplicación a un caso concreto. El IPCRG es una entidad registrada [SC No 035056] y una sociedad limitada por garantía (Company No 256268). Dirección de contacto: 19 Armour Mews, Larbert, FK5 4FF, Scotland, United Kingdom