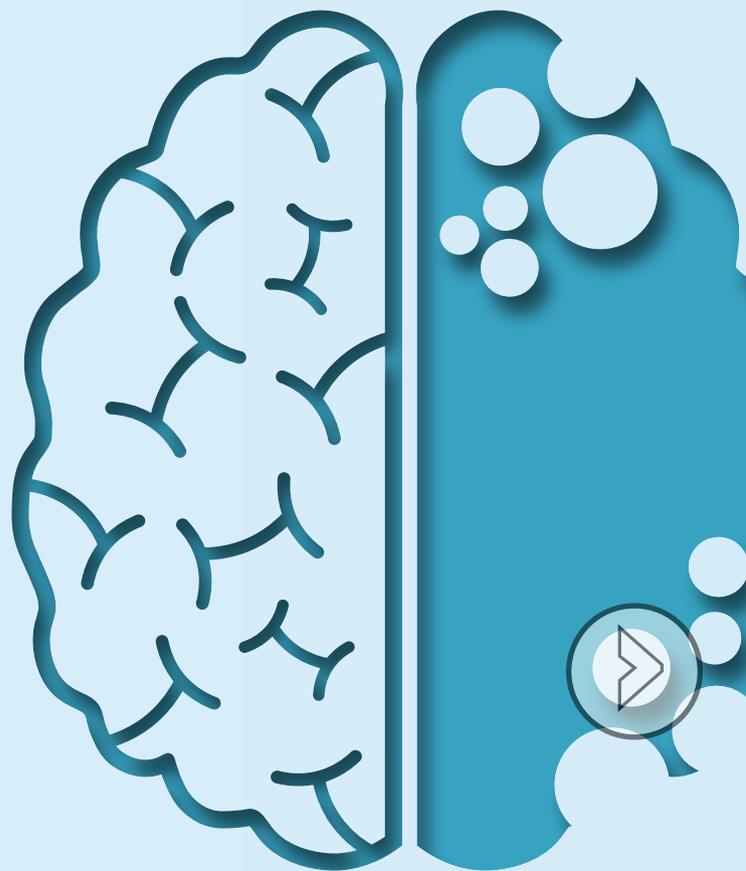


Vacunación frente al SARS-CoV-2 en pacientes con esclerosis múltiple



EM Y RIESGO DE COVID-19

No parece que la EM o el tratamiento inmunosupresor aumenten el riesgo de infección por SARS-CoV-2^{1,2}...

...aunque en el caso del tratamiento con anticuerpos monoclonales anti-CD20 existen datos contradictorios¹.

FACTORES DE RIESGO DE COVID-19 GRAVE²



Obesidad



Elevado grado de discapacidad



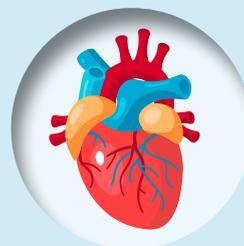
Edad avanzada



Sexo masculino



Diabetes



Enfermedad cardiorrespiratoria

TIPOS DE VACUNAS CONTRA EL SARS-COV-2³



ARNm

P. ej., Pfizer, Moderna

Vectores virales

P. ej., AstraZeneca, Johnson&Johnson, Sputnik V



Virus completo inactivado

P. ej., Sinopharm



Proteínas de la envuelta

P. ej., Novavax

A 26/04/2021, las vacunas autorizadas en España son las desarrolladas por Pfizer, Moderna, AstraZeneca y Johnson&Johnson⁴.

EM Y VACUNAS FRENTE AL SARS-COV-2



Los ensayos clínicos con vacunas frente al SARS-CoV-2 no han incluido pacientes con EM o con tratamiento modificador de la enfermedad².



Las recomendaciones actuales son extrapolaciones basadas en el conocimiento que tenemos de otras vacunas².



Es poco probable que la vacuna interfiera con la medicación o que impida el funcionamiento del tratamiento modificador de la enfermedad¹.



Algunos tratamientos con inmunosupresores podrían afectar a la respuesta inmunitaria¹.

SEGURIDAD



SOLO LAS VACUNAS CON VIRUS VIVOS ESTÁN CONTRAINDICADAS

en pacientes tratados con inmunosupresores
y ninguna de las vacunas actuales contra el
SARS-CoV-2 es de este tipo¹.



Se asume que las vacunas
basadas en ARNm o en virus
inactivados **son seguras** en
pacientes con EM, aunque
estén en tratamiento con
inmunosupresores^{1,2}.



EFICACIA^{1,2}



MISMA EFICACIA

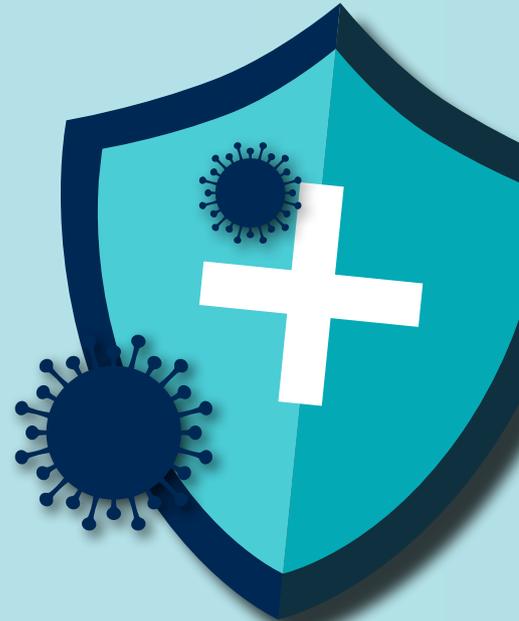
- Con **tratamiento inmunomodulador** (interferón β , acetato de glatiramer, dimetilfumarato, teriflunomida)
- Con **natalizumab**.



MENOR RESPUESTA

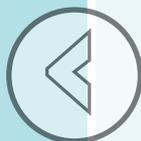
- Con **tratamiento inmunosupresor** (fingolimod, siponimod, ozanimod, azatioprina, alemtuzumab, ocrelizumab, rituximab, ofatumumab, cladribina, mitoxantrona, ciclofosfamida).

ES PREFERIBLE
UNA RESPUESTA
INMUNITARIA
REDUCIDA A NO
VACUNARSE



Para mejorar la eficacia, se recomienda coordinar el mejor momento para la vacunación y la administración del tratamiento¹.

Fármaco	¿Cuándo vacunar?	¿Cuándo administrar el tratamiento?
Interferón β, acetato de glatiramer, natalizumab	En cualquier momento.	
Teriflunomida, dimetilfumarato	En cualquier momento, pero con precaución en casos de linfopenia prolongada.	
Fingolimod	Preferentemente, antes de iniciar el tto.	
Alemtuzumab	<ul style="list-style-type: none"> • Preferentemente, antes de iniciar el tto. • Si ya se ha administrado el tto., esperar al menos 6 meses o hasta la recuperación de los linfocitos B. 	<p>Esperar 6 semanas desde la vacunación.</p> <p>Si la actividad de la enfermedad lo permite, retrasar el tto.</p>
Ocrelizumab	<ul style="list-style-type: none"> • Preferentemente, antes de iniciar el tto. • Si ya se ha administrado el tto., esperar al menos 12 semanas. 	Esperar 6 semanas tras la última dosis de la vacuna.
Rituximab	<ul style="list-style-type: none"> • Preferentemente, antes de iniciar el tto. • Si ya se ha administrado el tto, esperar al menos 12 semanas y, si es posible, 6 meses. 	<p>Esperar 6 semanas tras la última dosis de la vacuna.</p> <p>Espaciar las dosis de rituximab si la situación del paciente lo permite.</p>
Cladribina	<ul style="list-style-type: none"> • Preferentemente, antes de iniciar el tto. • Si ya se ha administrado el tto., esperar hasta que haya un recuento linfocitario normal o el paciente esté en fase de recuperación (3 meses puede ser un plazo adecuado). 	Esperar 2 semanas desde la vacunación.



RECOMENDACIONES PARA EL MÉDICO



La decisión de vacunarse debe tomarse de forma **conjunta por el paciente y el neurólogo** para establecer un adecuado balance riesgo/beneficio en cada caso².



Iniciar o mantener el tratamiento en pacientes con EM es prioritario para evitar la progresión de la enfermedad¹.



La administración de las vacunas debe realizarse siguiendo las **medidas de seguridad** establecidas y las **indicaciones de las fichas técnicas**².



En caso de pacientes con EM que no puedan recibir la vacuna frente al SARS-CoV-2 por cualquier circunstancia, se recomienda la **vacunación de los convivientes**².



Tras la vacunación, debe comunicarse al paciente la necesidad de **mantener las medidas de higiene** (mascarilla, lavado de manos, etc.) y el **distanciamiento social**².



El neurólogo debe realizar un **seguimiento clínico** de los pacientes vacunados y comunicar cualquier **efecto adverso**, especialmente si está relacionado con el sistema nervioso².

Referencias

1. Costa-Frossard L, García-Domínguez JM, Moreno-Torres I, Fortún J, Villar LM, Meca-Lallana V; Grupo de Estudio de Enfermedades Desmielinizantes de la Comunidad Autónoma de Madrid. [Vacunación frente al SARS-CoV-2 en pacientes con esclerosis múltiple](#). Rev Neurol 2021; 72 (7): 250-260.
2. Grupo de estudio de enfermedades desmielinizantes de la Sociedad Española de Neurología. [Vacunación SARS-CoV-2 en esclerosis múltiple. Recomendaciones para neurólogos](#) [Internet]. España: Sociedad Española de Neurología; 18 ene 2021 [consultado 26 abr 2021]; 4p.
3. Forni G, Mantovani A; COVID-19 Commission of Accademia Nazionale dei Lincei, Rome. [COVID-19 vaccines: where we stand and challenges ahead](#). Cell Death Differ. 2021; 28 (2): 626-639.
4. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. [Información de vacunas autorizadas](#) [consultado 26 abr 2021].



Abreviaturas

EM: esclerosis múltiple; SARS-CoV-2: coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave de tipo 2; tto.: tratamiento.

