

RESUMEN RECOMENDACIONES DE VACUNACIÓN COVID-19 EN EL PACIENTE HEMATOLÓGICO

01 GENERALIDADES

1. ¿Deben vacunarse los pacientes hematológicos frente a la COVID-19?

Sí, excepto las personas con alergias graves o múltiples.



2. ¿Debe considerarse al paciente hematológico prioritario en relación con la población general?

Sí. Sin embargo, los hematólogos no tenemos ningún papel a la hora de establecer prioridades en la vacunación ni en el lugar de la misma (a fecha de febrero de 2021).



3. ¿Qué tipos de vacunas se pueden utilizar en el paciente hematológico?

En general, cualquiera de las aprobadas por las autoridades sanitarias, con la excepción de las vacunas de virus vivos atenuados replicativos, en principio, contraindicadas en los pacientes inmunodeprimidos. En febrero de 2021 no ha llegado ninguna de estas vacunas para el SARS-CoV-2.



4. ¿Son iguales todos los pacientes hematológicos en lo referente a la vacunación?

No. La inmunodepresión asociada a algunas de las enfermedades hematológicas o producidas por algunos tratamientos puede ocasionar una falta de respuesta inmune tras la vacunación. Por ello, un médico puede indicarle a un paciente que no hace falta que se vacune por futilidad, pero NO por seguridad. Si es imprescindible insistir en que se vacunen sus familiares, cuidadores y convivientes.



5. ¿Cómo saber si se ha conseguido respuesta inmune tras la vacunación?

No es necesario de rutina. Ahora bien, se propone que en aquellos pacientes hematológicos con disfunción inmune, bien por la enfermedad, bien por el tratamiento recibido, se realicen serologías IgG/IgM frente a la proteína S a las 3 semanas, 3 meses, 6 meses y 1 año tras recibir la 2ª dosis de la vacuna. Además, se debe valorar la realización de estudios de inmunidad celular T en los casos sin respuesta inmune humoral.



6. ¿Debemos realizar sistemáticamente revacunaciones al paciente hematológico?

A fecha de febrero de 2021, no, salvo en pacientes que reciban la vacuna y tiempo después sean sometidos a un trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH). En estos pacientes, siguiendo las recomendaciones de vacunación para todas las vacunas en TPH, hay que considerar que la memoria de esta respuesta vacunal se pierde, por lo que sería razonable volver a vacunarlos tras el trasplante.



RESUMEN

RECOMENDACIONES DE VACUNACIÓN COVID-19 EN EL PACIENTE HEMATOLÓGICO

7. ¿Cómo influye la quimioterapia en la vacunación?

La quimioterapia que se utiliza en las enfermedades hematológicas suele producir neutropenia y linfopenia graves, por lo que el paciente debe vacunarse, siempre que sea posible, antes de su administración o en el periodo de descanso entre ciclos.



8. ¿Cómo influye el uso de anticuerpos monoclonales?

Por la experiencia con otras vacunas, los anticuerpos monoclonales anti-CD20 ocasionan una disminución de la respuesta inmune importante, por lo que se debería efectuar la vacunación a los 6 meses de su finalización. Para otros anticuerpos monoclonales, referirse a las recomendaciones específicas para cada enfermedad.



9. ¿Hay fármacos específicos que pueden influir en la respuesta a la vacuna?

A pesar de no existir evidencia sobre la eficacia de la vacunación en pacientes que reciben anticuerpos inmunoconjugados o biespecíficos, puede administrarse, aunque posiblemente su eficacia sea inferior. Los inhibidores de la tirosina cinasa no parecen influir negativamente, al igual que la lenalidomida. El uso de inhibidores de la tirosina cinasa de Bruton (BTKi) parece disminuir la respuesta serológica a una gran mayoría de las vacunas, por lo que, si es posible, hay que plantear la vacunación previa a su uso o, si la enfermedad está controlada, efectuar un periodo libre de tratamiento durante la vacunación.



10. ¿Se deben tener en cuenta otros aspectos?

Sí, entre ellos:

- La fase de la enfermedad tumoral.
- El estado general del paciente y las principales comorbilidades (hipertensión, diabetes y obesidad).
- Las posibles alteraciones no deseables con la cronología del tratamiento de/y la enfermedad hematológica.



11. ¿Hay que dar alguna recomendación adicional?

Sí. Se recomienda la vacunación de los sanitarios a cargo de pacientes hematológicos, así como de los convivientes y/o cuidadores de estos.



El paciente no debe olvidar seguir con las recomendaciones 3M: uso de mascarilla, lavado frecuente de manos con solución hidroalcohólica y distancia de seguridad de al menos 1,5 metros.

RESUMEN RECOMENDACIONES DE VACUNACIÓN COVID-19 EN EL PACIENTE HEMATOLÓGICO

02 SITUACIONES ESPECÍFICAS

Trasplante de progenitores hematopoyéticos

- Se recomienda vacunar a los 3 meses de su realización si la tasa de transmisibilidad comunitaria es muy alta y a los 6 meses como norma general. Se puede vacunar a los enfermos con enfermedad de injerto contra receptor (EICR) crónica.
- Se debe retrasar la vacunación en los casos de EICR aguda, uso de globulina antitimocítica (ATG) o alemtuzumab (hasta 6 meses desde su finalización).
- No hay datos sobre el uso de la vacuna en menores de 16 años.

Leucemias agudas

- En el caso de uso de quimioterapia intensiva, se recomienda vacunar tras el periodo de consolidación (preferiblemente en respuesta) y durante el mantenimiento (siempre que no haya una previsión de TPH alogénico posterior).
- En el caso de tratamientos no intensivos (azacitidina, por ejemplo), demorar el mismo 3-4 semanas si hay respuesta completa y usar dicho periodo para la vacunación.

Mieloma múltiple

- En los casos en los que la enfermedad está controlada, se recomienda suspender el tratamiento 7 días antes de la primera dosis y administrar el tratamiento 7 días tras la segunda dosis.
- Se recomienda mantener el tratamiento con lenalidomida por su potencial efecto positivo sobre la respuesta a la vacuna y suspender los esteroides y las inmunoglobulinas durante la vacunación.

Síndromes mielodisplásicos

- Los pacientes sin tratamiento deben vacunarse como la población general. Administrar las dosis de vacuna 1-2 semanas antes del tratamiento hipometilante.
- Se debe excluir al paciente que ha recibido ATG durante 6 meses, a los pacientes con quimioterapia intensiva durante la fase de neutropenia grave y a los que se va a realizar un TPH alogénico próximamente.

Leucemias crónicas

- Los pacientes con leucemia linfática crónica, e incluso con linfocitosis B monoclonal, pueden presentar respuestas serológicas disminuidas tras la administración de vacunas.
- Además, el uso de los nuevos fármacos, sobre todo de los inhibidores de la BTK, puede asociarse con respuestas inmunes disminuidas o nulas. En el caso de uso de anticuerpos monoclonales anti-CD20, se recomienda retrasar la vacunación 6 meses si la tasa de transmisión en la comunidad no es muy alta.
- Los pacientes con leucemia mieloide crónica no parecen tener una disposición negativa a presentar malas respuestas a la vacunación.

Enfermedades mieloproliferativas Filadelfia negativas

- Tienen un mayor riesgo de tromboembolismo por la COVID-19, por lo que esta población de pacientes hematológicos también es susceptible de una vacunación precoz.

RESUMEN

RECOMENDACIONES DE VACUNACIÓN COVID-19 EN EL PACIENTE HEMATOLÓGICO

Linfomas

En los linfomas indolentes se recomienda diferir el inicio del tratamiento o retrasar el mismo si la enfermedad está controlada para efectuar la vacunación (siempre que no se usen anticuerpos monoclonales anti-CD20).

En los linfomas agresivos se recomienda la vacunación al finalizar la quimioterapia y en el caso de uso de anticuerpos monoclonales anti-CD20 vacunar a los 6 meses, especialmente si la tasa de transmisión en la comunidad no es muy alta.

CAR-T

Debido a las indicaciones actuales de la terapia con células CAR-T, es improbable que pueda efectuarse vacunación previa a su administración.

Por lo general, se recomienda la vacunación entre 3-6 meses una vez administrado el producto.

Aplasia medular (AM) y hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN)

Se recomienda no vacunar a los pacientes que por AM hayan recibido ATG hasta al menos 6 meses de su administración. En la HPN no existen particularidades aparentes.

Mastocitosis (y síndromes de activación mastocitaria)

Se aconseja la premedicación 1 hora antes con un fármaco antiH1 (dexclorfeniramina 6 mg, loratadina 10 mg, bilastina 20 mg o rupatadina 10 mg). Administrar la vacuna preferentemente en un medio hospitalario y mantener al paciente 45 minutos en observación.

En los casos con antecedentes de reacciones alérgicas graves, en los que se decida vacunar, además del fármaco antiH1 se añadirá un antiH2 (famotidina 40 mg) 1 hora antes, y montelukast sódico (10 mg) 24 horas antes y 1 hora antes de la vacuna.

En el caso de anafilaxia, administrar epinefrina intramuscular.

En el caso de historia o alta sospecha de alergia a alguno de los componentes de la vacuna, fundamentalmente se debe prestar atención a los antecedentes de alergia al polietilenglicol (PEG), así como tener en cuenta la posibilidad de reacciones cruzadas en pacientes alérgicos a polisorbatos, cremophor y medicamentos pegilados.

Además, con la vacuna de Moderna se debe valorar también un posible antecedente de alergia a trometamina (trometamol), sobre todo en los pacientes con historia de reacciones alérgicas a contrastes radiológicos, dexketoprofeno, ketorolaco y fosfomicina intravenosos, en los que se debería facilitar la administración de la vacuna de Pfizer-BioNTech, que no contiene trometamina.

Esplenectomía

Si se plantea esplenectomía, se recomienda completar la vacunación al menos 2 semanas antes de realizar la esplenectomía.

Cabe recordar que los casos de asplenia orgánica o funcional (por ejemplo, enfermedad drepanocítica) pueden presentar una reacción inmune disminuida tras la vacunación.

Coagulación y trombopenia

Los pacientes anticoagulados pueden vacunarse en la región deltoidea con una aguja de calibre máximo de 23G y realización de compresión posterior mantenida sobre la zona de al menos 3 minutos.

La misma recomendación puede aplicarse si la cifra de plaquetas se sitúa entre $25-50 \times 10^9/L$. En caso de trombocitopenia $<20-25 \times 10^9/L$, valorar transfusión de plaquetas previa a la vacunación.

Los pacientes con coagulopatías congénitas pueden recibir la vacuna frente a la COVID-19, aunque se recomienda realizar su administración en sus centros hospitalarios de referencia.