

# RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD URUGUAYA DE REUMATOLOGÍA PARA MÉDICOS

---

Vacunación contra el SARS CoV 2 en pacientes con enfermedades autoinmunes/inflamatorias sistémicas en adultos y niños



SOCIEDAD  
URUGUAYA DE  
REUMATOLOGÍA



**Bajo el término enfermedades autoinmunes/inflamatorias sistémicas se incluyen pacientes con enfermedades como:**

lupus eritematoso sistémico, esclerosis sistémica, enfermedad mixta del tejido conectivo, dermatomiositis y polimiositis, vasculitis, síndrome de Sjogren y otras enfermedades del tejido conectivo, artritis reumatoide, espondiloartritis (espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, artritis reactiva, espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal).

En algunos estudios publicados **hasta la fecha, no se evidenció una mayor incidencia y/o gravedad de COVID-19 en este grupo de pacientes, salvo en situaciones especiales** como pacientes en tratamiento con dosis altas de corticoides y presencia de otras comorbilidades que se asocian a mayor riesgo de hospitalización o muerte por COVID-19 (edad avanzada, cardiopatías, diabetes, patologías respiratorias).

Otros estudios sugieren que los pacientes con enfermedades autoinmunes/inflamatorias sistémicas tendrían una prevalencia ligeramente superior a la de la población general.

**La Sociedad Uruguaya de Reumatología, en consonancia con otras sociedades de todo el mundo, recomienda firmemente la vacunación en este grupo de pacientes.**

**No hay datos hasta el momento que nos permitan conocer la eficacia de la vacuna contra el Sars-Cov-2 en los pacientes con enfermedades autoinmnes/inflamatorias** ya que los estudios realizados hasta la fecha no han incluido estos pacientes. Basado en la evidencia científica disponible para otras vacunas conocidas, la respuesta inmune puede ser subóptima o incompleta.

Ninguna de las vacunas contra el SARS-CoV-2 disponibles hasta el momento está contraindicada en estos pacientes, ya que no contienen virus vivo. El paciente debe recibir la vacuna que esté disponible, recomendada por las autoridades sanitarias.

Las vacunas deben ser administradas preferiblemente durante la enfermedad inactiva, pero si existe un riesgo elevado de adquirir la infección por el SARS-Cov-2 se debe considerar la vacunación aún en el paciente en actividad. No hay datos suficientes hasta la fecha con respecto a si la vacuna puede desencadenar un empuje de la enfermedad.

Las vacunas pueden ser administradas en pacientes en tratamiento con inmunomoduladores, inmunosupresores, agentes biológicos (anti TNF  $\alpha$ , inhibidores de IL 6, IL17, IL12/23) e inhibidores de JAK (tofacitinib, baricitinib y upadacitinib).

Idealmente las vacunas deben administrarse antes de iniciar el tratamiento con inmunosupresores. Si esto no fuera posible, igualmente el paciente debe vacunarse, aunque la inmunidad generada sea parcial.

Si bien no hay evidencia clara que recomiende suspender la terapia inmunosupresora en el contexto de la vacunación contra el SARS-CoV-2, el American College of Rheumatology sugiere suspender el metotrexate e inhibidores de JAK la semana siguiente a cada dosis de la vacuna, solo en pacientes con enfermedad controlada.

En el caso de los pacientes en tratamiento con rituximab, se recomienda preferiblemente aplicar la vacuna 6 meses luego de la última dosis y 4 semanas antes de la siguiente para lograr una mejor inmunidad. En los casos en que no sea posible esta ventana de tiempo para la inmunización, se puede considerar la vacunación de igual modo, teniendo en cuenta una potencial respuesta subóptima a la vacuna.

## **La decisión de la vacunación debe ser compartida entre el paciente y el reumatólogo tratante.**

En casos de enfermedad activa e inmunosupresión moderada a severa, es importante que el reumatólogo determine el mejor momento o pauta de administración.

Los pacientes pueden y deben recibir la vacunación contra la influenza y el neumococo, de acuerdo a los planes de vacunación locales, pero se recomienda que estén separadas al menos 14 días de la vacuna contra el SARS-CoV-2.

**La vacuna está indicada independientemente de los antecedentes de infección previa por SARS-CoV-2 sintomática o asintomática** ya que se desconoce la duración de la protección que se genera tras la infección.

No se recomienda solicitar anticuerpos IgM o IgG para determinar inmunidad frente al SARS CoV2 en forma rutinaria, ni antes ni después de administrar la vacuna.

**Aún no se sabe cuánto tiempo dura la protección** generada por la vacuna. Por esta razón **es muy importante continuar con las medidas de protección** (uso de mascarillas, higiene de manos, distanciamiento físico).

# Vacunación en niños y adolescentes

Las enfermedades autoinmunes e inflamatorias también tienen su expresión en niños y adolescentes, siendo las más frecuentes: artritis idiopática juvenil, lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis, esclerodermia juvenil y vasculitis.

**Los niños y adolescentes hasta los 16 o 18 años se encuentran mundialmente excluidos, por ahora, de estas recomendaciones para la vacunación contra SARS CoV2**, ya que no hay aún estudios para este grupo.

Están en marcha investigaciones para evaluar inmunogenicidad, seguridad y eficacia para prevenir enfermedad COVID 19 en niños entre 12 y 17 años, con la vacuna Moderna TX (finaliza en junio 2022), COVAX (finaliza en junio 2022) y CoronaVac (finaliza en marzo 2023).

Los niños y adolescentes tienen una baja incidencia de enfermedad por COVID-19, y con una afectación desde asintomática a leve y los portadores de enfermedades reumáticas enfermos por COVID-19 no tuvieron variaciones sustanciales de la clínica comparados con los coetáneos sanos.

Al igual que en adultos, se recomienda no suspender tratamientos remisivos por el riesgo de empujes de la patología de fondo. La reducción de dosis o la suspensión temporal de corticoides debe hacerse sólo en casos realmente justificados y siempre previa evaluación de riesgos y beneficios por parte del reumatólogo infantil tratante.

Quienes hayan recibido ciclofosfamida o rituximab en los últimos 6 meses, que se encuentren recibiendo corticoides en dosis superiores a 1 mg/kg/día, o reciban doble o triple terapia con inmunosupresores y/o biológicos no pueden concurrir a clases presenciales.

## **Versión 1.0 revisión marzo 2021**

Revisores: Alejandro Fernández, Fernanda Athayde e Inés Corbacho.

Comisión de inmunización y enfermedades reumáticas: Alejandro Fernández, Alicia Ramagli, Analía Perdomo, Fernanda Athayde, Inés Corbacho, Mercedes Naviliat y Rodrigo Suárez.

## **Referencias**

*Tsvetelina Velikova, Tsvetoslav Georgiev. SARS CoV 2 vaccines and autoimmune diseases amidst the COVID 19 crisis. Rheumatology International <https://doi.org/10.1007/s00296-021-04792-9>*

*COVID-19 Vaccine Clinical Guidance Summary for Patients with Rheumatic and Musculoskeletal Diseases Developed by the ACR COVID-19 Vaccine Clinical Guidance Task Force. This draft summary was approved by the ACR Board of Directors on February 8, 2021.*

*Bijlsma JWW. EULAR December 2020 View points on SARS-CoV-2 vaccination in patients with RMDs Ann Rheum Dis 2021;0:1–2.*

*Lakota K, Perdan-Pirkmajer K, Hočevár A, Sodin-Semrl S, Rotar Ž, Čučnik S, Žigon P. COVID-19 in association with development, course, and treatment of systemic autoimmune rheumatic diseases. Front Immunol. 2021 Jan 26;11:611318. Doi:10.3389/fimmu.2020.611319. eCollection2020.PMID:33574819*



[www.reumatologia.uy](http://www.reumatologia.uy)



Sociedad Uruguaya de Reumatología



[Reumatologia.uy](https://www.instagram.com/Reumatologia.uy)



Sociedad Uruguaya de Reumatología  
& Fundación Herrera Ramos



SOCIEDAD URUGUAYA DE  
**REUMATOLOGÍA**