

Las tres vacunas disponibles frente a la covid-19 son seguras y eficaces, y yo me vacunaré con cualquiera de ellas

Se están mezclando cifras y conceptos que pueden confundir, pero el resumen es en realidad sencillo: vacunémonos cuanto antes con cualquiera de las vacunas aprobadas, porque las tres son seguras y eficaces. La experiencia acumulada tras más de 200 millones de dosis en el mundo es muy positiva.

Federico Martín-Torres 5/3/2021 07:00 CEST



Cientos de docentes recibieron la primera dosis de la vacuna AstraZeneca el 25 de febrero en un pabellón deportivo de la Universidad de Sevilla durante el primer día de la campaña de vacunaciones del personal educativo de la capital hispalense. EFE/Julio Muñoz

Disponemos de tres vacunas frente a la covid-19 en España, dos basadas en tecnología de ácidos nucleicos (Pfizer-BioNTech y Moderna) y otra que utiliza un vector viral (Oxford-Astra Zeneca), que incluyen el mismo antígeno, la denominada proteína S o espicular, la huella dactilar que nuestro organismo debe aprender a reconocer y neutralizar, por si algún día se enfrenta al virus de verdad.

No tenemos, sin embargo, datos que permitan la comparación directa de estas vacunas. Las cifras de eficacia vacunal de que se habla —ese 95%, 94% y 70% respectivamente—, no se pueden comparar directamente. Cada vacuna se ha estudiado en un lugar y un momento, con una población y unas cepas circulantes distintas, e incluso los estudios en cuestión todavía no han concluido.

Se han hecho análisis intermedios en el momento que se cumplían los requisitos mínimos para poder ser evaluados por las agencias reguladoras y obtener una autorización de utilización de emergencia. Por tanto, no podemos establecer que las tres vacunas sean mejores o peores en términos de eficacia, porque las cifras de esos estudios no son comparables directamente entre sí.

Pero incluso si lo hacemos, que insisto en que no debemos, desde un punto de vista matemático no es posible afirmar que realmente esos valores sean distintos, cuando consideramos sus intervalos de confianza. El intervalo de confianza al 95% es el rango de valores entre los que se encontraría la eficacia de la vacuna 95 de cada 100 veces que se repitiese el estudio. Y esos intervalos se solapan entre las tres vacunas.

Además, los ensayos clínicos aún no han concluido, por lo que a medida que se vayan acumulando nuevos casos entre los vacunados o los que recibieron placebo, esas cifras de eficacia, y sus intervalos, se modificarán. El ejemplo más reciente es el del último análisis de la vacuna de Oxford-AstraZeneca, en el que la estimación de la eficacia subió del 59 al 70% —hasta el 80% si el intervalo entre dosis es de 12 semanas—, al incluir los datos acumulados en un solo mes adicional del estudio. Sesgo de popularidad en los algoritmos

Las molestias normales de cualquier vacuna

La experiencia acumulada tras más de 200 millones de dosis en el mundo es muy positiva y reafirma el perfil de seguridad que se observaba ya en los ensayos clínicos, y que se resume en las habituales molestias asociadas a la vacunación, más frecuentes quizás que con otras vacunas habituales en el adulto, como la gripe o el neumococo, pero igualmente benignas, transitorias y autolimitadas.

Por otro lado, aunque la eficacia que medimos en el ensayo clínico no tiene por qué coincidir con la eficacia en el mundo real —lo que denominamos efectividad—, los datos preliminares de su aplicación a gran escala son muy positivos, corroborando también las elevadas cifras de eficacia observadas en los ensayos clínicos.

¿Por qué no se ponen todas para cualquier edad?

El límite superior de edad para el uso de la vacuna de Oxford-AstraZeneca ha generado recelos comprensibles y ciertamente difíciles de subsanar, porque aunque no haya motivo para alarmarse, la explicación no es sencilla. Estas decisiones atienden a las necesidades de cada país, y la disponibilidad de dosis de otras vacunas, que permiten establecer estrategias de priorización interna de unas vacunas sobre otras.

Son acciones temporales, y obedecen simplemente a que aún no se dispone de la estimación de eficacia para el tramo de edad más avanzado, y que hay otras vacunas en nuestro país que ya disponen de esa información.

¿Y por qué no tenemos esos resultados todavía? Pues podría deberse, entre otros factores, a que todavía no ha pasado el tiempo suficiente, a la menor proporción de pacientes de edad avanzada incluidos en el estudio, o a una mayor sobreprotección de los participantes con estas edades y que por tanto no se hayan acumulado todavía los casos necesarios para poder calcular la eficacia en ese tramo de edad.

No obstante, los datos ya publicados de respuesta inmune apuntan a que no debería haber diferencias de eficacia clínica en las personas mayores. De hecho, ni la OMS, ni la Agencia Europea del Medicamento, al igual que Reino Unido, han establecido límite alguno en la edad superior de uso de la vacuna de Oxford-AstraZeneca.

¿Y las variantes?

También se está hablando de un funcionamiento diferente de cada una de estas vacunas en función de las nuevas variantes genéticas del SARS-CoV-2, y en particular, de que la vacuna de Oxford-AstraZeneca, no protege frente a la variante denominada “sudafricana”.

La realidad es que las tres vacunas disponibles ya han aportado datos a este respecto, que de nuevo no pueden compararse. Las vacunas de ARNm han mostrado estudios solo de laboratorio en los que se ve cierto grado de interferencia en la capacidad defensiva de sus vacunas, en especial para la variante sudafricana.

En el caso de Oxford-AstraZeneca, van más allá, y realizan un ensayo clínico pequeño en Sudáfrica, en el que observan que la vacuna no es capaz de prevenir formas leves-moderadas de la enfermedad producida por esta variante sudafricana. Esto no significa que la vacuna no siga protegiendo frente a las formas graves de enfermedad, las que condicionan hospitalización y muerte.

Y tampoco sabemos cuál sería el comportamiento de las vacunas de ARNm en un ensayo clínico con esta misma variante. En cualquier caso, es necesario tranquilizar a la población, porque aunque las variantes aprendan a **esquivar la respuesta defensiva de las vacunas**, esto no va a acontecer repentinamente, en plan “todo o nada”, sino que será un proceso progresivo, que estamos vigilando desde el primer día. Si hemos sido capaces de desarrollar vacunas en menos de un año, adaptarlas y actualizarlas a las nuevas variantes genéticas del virus cuando sea necesario, debería llevar mucho menos tiempo.

Las tres vacunas disponibles en España frente a la covid-19, son distintas en cuanto al tipo de vacuna, la pauta vacunal, y las edades de uso aprobadas, pero tienen en común un **buen perfil de seguridad y una excelente eficacia**, que se está corroborando con los datos que se empiezan a acumular de su aplicación a gran escala en el mundo.

No olvidemos que desde la Organización Mundial de la Salud se establecía como objetivo una eficacia mínima del 50 %, ampliamente superada por las tres vacunas, y que de hecho es cercana al 100 % cuando hablamos de lo verdaderamente importante: evitar las formas graves de covid-19, aquellas que condicionan hospitalización y muerte.

Federico Martín-Torres es Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universitario de Santiago, coordinador del Centro Colaborador de la OMS en Seguridad Vacunal de Santiago de Compostela y miembro del comité asesor de vacunas OMS-Europa.

Este artículo se publicó en [Voces expertas](#), una sección coordinada por SINC en la web de la estrategia de vacunación española [vacunacovid.gob.es](#).