

MESA III. Reticencia vacunal

Moderadores: **Magda Campins.** *Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*
Antonio Trilla. *Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología. Hospital Clínic de Barcelona.*

La eliminación del sarampión en Europa y en el mundo. Retos y perspectivas

Josefa Masa-Calles

Centro Nacional de Epidemiología. CIBERESP. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

Correspondencia:

Josefa Masa-Calles

E-mail: jmasa@isciii.es

El sarampión es una enfermedad potencialmente erradicable: el virus es un patógeno exclusivamente humano y se dispone de una vacuna segura y efectiva para evitar la infección. Sin embargo, la alta contagiosidad del virus hace que la eliminación suponga un enorme reto para la salud pública mundial.

La vacuna del sarampión se autorizó por primera vez en 1966. A finales de los años 70 y primeros 80 empezaron las campañas masivas de vacunación de niños en muchos países de América con una rápida caída de casos y muertes, lo que originó una cierta euforia que llevó a pensar en objetivos rápidos de eliminación del sarampión. Pero se han necesitado más de 30 años para que OMS certificara la Región de las Américas como libre de sarampión en el año 2016.

La vacunación del sarampión se ha ido extendiendo y todas regiones de la OMS tienen ahora el objetivo de eliminar el sarampión. En los últimos veinte años se ha reducido drásticamente la discapacidad y muerte por sarampión. Entre 2000 y 2018 muchos países han introducido la segunda dosis de vacuna del sarampión en sus calendarios (ahora 164 países sobre 194 vacunan con dos dosis) consiguiendo reducir la incidencia anual un 87% (de 145 a 19 casos por millón) y las muertes un 84% (de 550.000 a 89.780)¹.

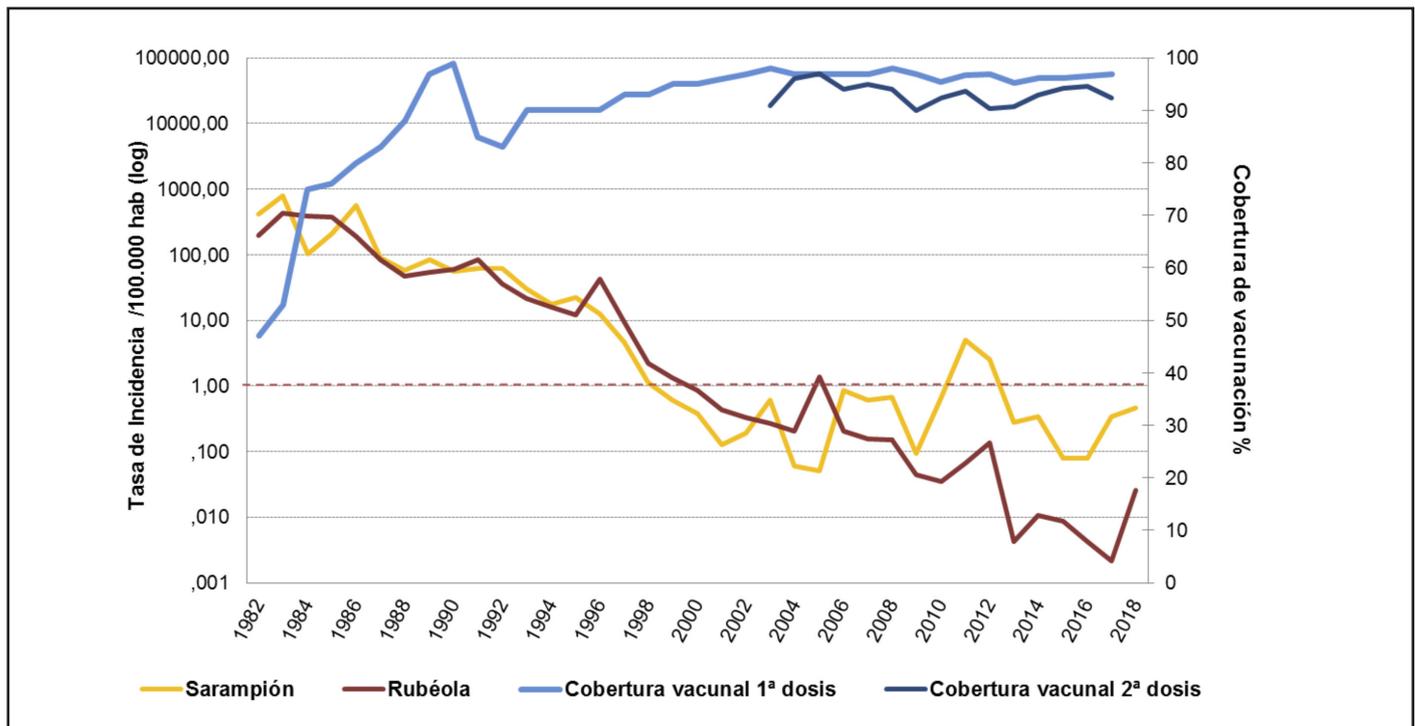
La clave para alcanzar la eliminación es mantener una fuerte inmunidad de la población frente al sarampión, lo que requiere compromiso en las políticas de salud pública con legislación, estrategias y recursos destinados al mantenimiento a largo plazo de los programas de vacunación. Alcanzar y mantener cober-

turas del 95% con dos dosis de vacuna triple vírica a lo largo del tiempo no es tarea fácil.

Actualmente hay zonas del mundo próximas a la eliminación, como Europa y la Región del Pacífico Occidental, en las que continúan apareciendo brotes que sacan a la luz brechas en la inmunidad de la población y coberturas de vacunación insuficientes. En 2017 hasta 37 países, entre ellos España, habían interrumpido la transmisión sostenida del sarampión, pero en el primer semestre de 2018 hubo un repunte con más de 42.000 casos de sarampión, el más intenso en toda la década; el 82% de los casos no estaba vacunado y el 2% de los casos había recibido alguna dosis de vacuna².

En 2017 solo 4 países de la UE/EEA tenían coberturas $\geq 95\%$ con dos dosis. Por otro lado, en muchos países que actualmente registran altas coberturas nacionales persisten fallos en la inmunidad, bien por diferencias entre regiones dentro del país o porque hubo periodos de bajas coberturas². Es importante estar atentos a la evolución de las coberturas con primera y con segunda dosis porque el declive puede ser lento, casi imperceptible, sobre todo con la segunda dosis de vacuna frente a sarampión. En España la cobertura nacional con segunda dosis de vacuna triple vírica está, desde que se dispone de información, por debajo del 95% (Figura 1).

Para mantener la inmunidad de la población hay que diseñar estrategias que aborden los diferentes motivos por los que la gente no se vacuna; mejorar las coberturas requiere intervenciones

Figura 1. Incidencia de sarampión y rubéola. Coberturas con vacuna triple vírica. España 1982-2018

Fuente: Plan nacional de eliminación del sarampión y rubeola; Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. Coberturas de vacunación del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

en salud pública que necesitan recursos materiales y humanos. La reducción de inversión en políticas pública de salud repercute en la caída de las coberturas de vacunación. En muchos países se están revisando los calendarios y algunos han optado por incluir como estrategia para mejorar las coberturas la obligatoriedad de la vacunación³.

El asunto de la obligatoriedad de la vacunación suscita debate. Hay poca evidencia de que la vacunación obligatoria sea capaz por sí misma de mejorar las coberturas. Además de las cuestiones éticas pueden también aparecer efectos inesperados como exacerbar los sentimientos antivacunas de la población. Un programa obligatorio podría tener éxito si se acompaña de mejoras en la accesibilidad y en la información sobre los beneficios de la vacunación³.

Las características y la organización de los sistemas de salud son clave para mejorar la equidad en las coberturas de vacunación infantil. Los sistemas jerarquizados con acceso a través de la atención primaria de salud (APS) contribuyen a reducir las desigualdades en el cumplimiento de los calendarios de vacunación. La accesibilidad y la capacidad para contrarrestar los mensajes erróneos son clave en cualquier programa de vacunación; es crucial el papel que juegan los profesionales sanitarios

para discutir las preguntas y las dudas que plantean los padres sobre la vacunación⁴.

Algunas actuaciones dirigidas a fortalecer la inmunidad de la población frente a sarampión son: implantar calendarios de vacunación amplios, como el *Calendario de vacunación para toda la vida* recomendado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud⁵ que facilita la captación de individuos susceptibles -niños y adultos; o las recomendaciones específicas de vacunación del personal sanitario y del viajero internacional. La monitorización de las coberturas de vacunación desagregadas- a nivel de zona básica de salud- ayuda a conocer dónde se agrupan los susceptibles y a diseñar estrategias adecuadas para conseguir su vacunación.

Es importante que las vacunas se administren a tiempo tanto para proteger a los individuos como para mantener la inmunidad de grupo que protege a los inmunodeprimidos que no pueden vacunarse. La mayor parte de las muertes por sarampión registradas en los países de la Unión Europea son en personas inmunodeprimidas.

Otras estrategias como la revisión del calendario de vacunación a la entrada en el colegio pueden ser de gran ayuda en salud pública. Ante un brote la información recabada podría ayudar a

decidir la exclusión de los susceptibles. Por otro lado, los registros o los sistemas de información en vacunas son una herramienta de enorme utilidad en el manejo de los brotes de enfermedades prevenibles por vacunación.

Hay que aprovechar cualquier contacto con los servicios sanitarios para revisar el calendario del niño y del adulto. Nunca es tarde para vacunarse del sarampión. En España la APS ofrece grandes oportunidades para mantener altas coberturas de vacunación; en ocasiones hay que hacer ajustes para mejorar la accesibilidad o reforzar los recordatorios de las vacunaciones a las poblaciones con dificultades. La confianza de la población en los servicios sanitarios, en los calendarios de vacunación y en los equipos de salud dedicados a la vacunación es clave para mantener interrumpida la transmisión del sarampión en nuestro país⁶.

Bibliografía

1. Orenstein WA, Hinman A, Nkowane B, Olive JM, Reingold A. Measles and Rubella Global Strategic Plan 2012-2020 midterm review. *Vaccine*. 2018;36 Suppl 1:A1-a34. DOI:10.1016/j.Vaccine.2017.09.026
2. WHO. Regional Committee for Europe. Seventh Meeting of the European Regional Verification Commission for Measles and Rubella Elimination (RVC). June 2018. Paris, France. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/378926/7th-RVC-Meeting-Report-FINAL.pdf
3. MacDonald NE, Harmon S, Dube E, Steenbeek A, Crowcroft N, Opel DJ, et al. Mandatory infant & childhood immunization: Rationales, issues and knowledge gaps. *Vaccine*. 2018;36(39):5811-8.
4. Arat A, Burstrom B, Ostberg V, Hjern A. Social inequities in vaccination coverage among infants and pre-school children in Europe and Australia - a systematic review. *BMC public health*. 2019;19(1):290.
5. Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Calendario de vacunación a lo largo de toda la vida 2019. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/CalendarioVacunacion_Todalavida.pdf
6. Masa-Calles J. ¿Vuelve el sarampión? *Med Clin (Barc)*. 2019;152:350-2. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.11.025>

Reticencia vacunal: Conocimientos, actitudes y creencias en personal de pediatría de atención primaria de Barcelona. 2016/2017

Cristina Rius i Gibert

Servicio de Epidemiología. Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid.

Correspondencia:

Cristina Rius

E-mail: crius@aspb.cat

Introducción

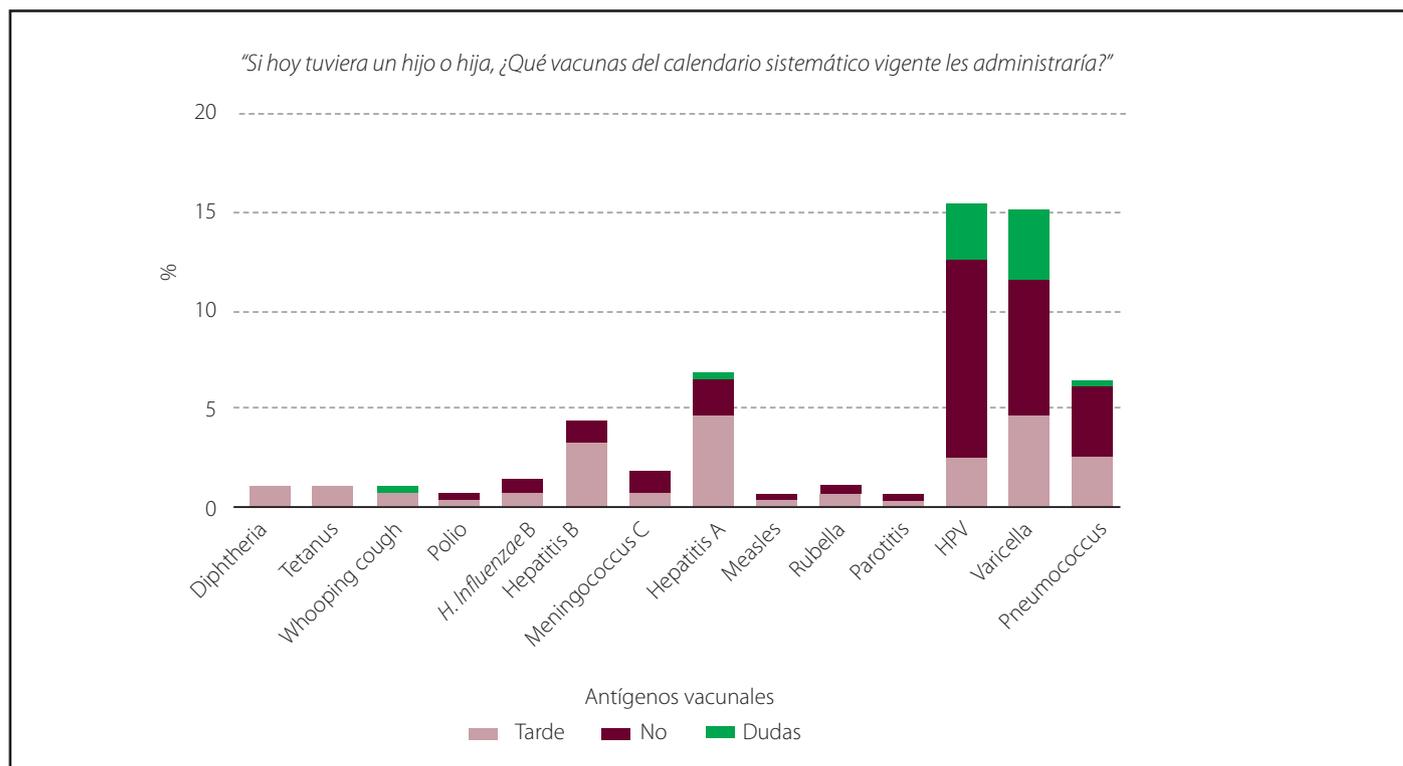
La vacunación es una de las medidas más efectivas en cuanto a la mejora de salud de la población. Sin embargo, desde su aparición han sido cuestionadas y han aparecido y crecido movimientos en su contra¹.

Por reticencia vacunal (definida por el *Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) Working Group* de OMS) se entiende "el retraso en la aceptación o el rechazo de las vacunas a pesar de su disponibilidad. El concepto es complejo y específico de contexto, varía en el tiempo, el lugar y según la vacuna"². Este fenómeno incluye un amplio espectro de actitudes en relación a la vacu-

nación, desde la aceptación total hasta el rechazo total pasando por el planteamiento de dudas ante la situación de vacunar³.

Los profesionales sanitarios asumen un protagonismo clave en la decisión de vacunar a las familias: por un lado es el principal referente que tienen las familias en el momento de aclarar sus dudas y en el que más confianza tienen; por otro lado, sus creencias y actitudes son factores determinantes en la decisión que acaban por tomar las familias⁴.

El objetivo de este estudio fue determinar y describir la reticencia vacunal en el personal de pediatría implicado en la vacunación sistemática infantil en los centros de atención primaria de Barcelona durante el período 2016-2017.

Figura 1. Actitud respecto a la vacunación a la propia descendencia. Barcelona, 2016-17.

Métodos

Durante el período de estudio se realizaron encuestas presenciales en cada centro público de atención primaria (CAP) con servicio de pediatría (n=41) de la ciudad de Barcelona. Los profesionales de pediatría (de medicina y de enfermería) respondieron a preguntas sobre la susceptibilidad y gravedad de la enfermedad, la eficacia y seguridad de las vacunas, las creencias clave de la inmunización, la importancia de la vacunación, descendencia. Se realizó un análisis descriptivo estándar y bivariado para conocer la distribución de las variables.

Resultados

De la población elegible (342) se obtuvo respuesta de 277 (81%) Alrededor del 25% de los participantes declararon tener dudas en al menos una de las vacunas recomendadas en el calendario sistemático. Las vacunas que presentaron el mayor porcentaje de dudas fueron las vacunas del VPH y varicela (Figura 1). Los profesionales con dudas tendieron a elegir la opción de 'respuesta reticente' para cada pregunta de creencia, conocimiento y norma social. Además se detectó falta de conocimiento específico hasta en un 40% de las respuestas.

Conclusión

El 25% de los profesionales sanitarios de pediatría (medicina y enfermería) directamente implicados en la administración de vacunas en los CAP de Barcelona refiere tener dudas sobre las vacunas incluidas en el calendario de vacunaciones sistemáticas de Catalunya. La vacuna del VPH y la de varicela son las que generan más dudas y desconocimiento.

Bibliografía

1. Wolfe RM, Sharp LK. Anti-vaccinationists past and present. *BMJ*. 2002;325:430-2.
2. The Strategic Advisory Group of Experts (SAGE). Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy. World Health Organization; 2014 [cited 2018 May 28] Available from: http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/SAGE_working_group_revised_report_vaccine_hesitancy.pdf?ua=1
3. Peretti-Watel P, Larson HJ, Ward JK, Schulz WS, Verger P. Vaccine Hesitancy: Clarifying a Theoretical Framework for an Ambiguous Notion. *PLOS Currents Outbreaks*. 2015 Feb 25. Edition 1. doi: 10.1371/currents.outbreaks.6844c80ff9f5b273f34c91f71b7fc289.
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccine hesitancy among healthcare workers and their patients in Europe – A qualitative study. [Internet]. Stockholm; 2015 [cited 2017 Dec 4]. Disponible en: www.ecdc.europa.eu.

La vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH), ¿es segura y efectiva?

María Brotons

Unidad de Información e Intervenciones en Infecciones y Cáncer. Programa de Investigación en Epidemiología del Cáncer. Institut Català d'Oncologia (ICO) – IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. Centro de Investigación Biomédica en Red de Cáncer (CIBERONC). Madrid.

Correspondencia:

María Brotons

E-mail: mbrotons.ico@gmail.com

Han transcurrido más de 12 años desde que se aprobó la primera vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH) y esta se empezó a introducir en los programas nacionales de inmunización y, durante estos años, la monitorización de los efectos adversos de las vacunas frente a VPH ha reafirmado su elevado perfil de seguridad. El Comité Consultivo Mundial sobre Seguridad de las Vacunas de la Organización Mundial de la Salud (GACVS, por sus siglas en inglés), ha revisado la evidencia acerca de la seguridad de las vacunas frente a VPH hasta en 7 ocasiones desde la aprobación de las vacunas. El comité ha revisado específicamente efectos adversos que han generado preocupación como síncope, anafilaxis, enfermedad psicógena masiva, enfermedades autoinmunes (incluyendo Guillain Barré o esclerosis múltiple), tromboembolismo venoso, accidente vascular cerebral, fallo ovárico prematuro, síndrome de dolor regional complejo o síndrome de taquicardia postural ortostática, identificando un riesgo de anafilaxis de aproximadamente 1,7 por millón de dosis y de síncope como una reacción común de ansiedad o estrés relacionada con la inyección, sin identificar otras reacciones adversas de gravedad. En su última revisión realizada en junio de 2017, con más de 270 millones de dosis de vacuna frente a VPH distribuidas, el GACVS “considera que las vacunas son extremadamente seguras” y no identifica nuevos efectos adversos que sean motivo de preocupación¹.

En relación a la efectividad de las vacunas frente a VPH, hasta la fecha se han publicado más de 100 artículos que muestran un gran impacto poblacional y efectividad en la reducción de infección por VPH, verrugas genitales y lesiones precancerosas cervicales, con datos procedentes de al menos 20 países que han adoptado diferentes estrategias de vacunación y alcanzado niveles de coberturas variables². Debido al largo intervalo de tiempo que transcurre entre la infección por VPH y el desarrollo de cáncer de cuello uterino, el impacto de la vacuna en este desenlace no se observará hasta varias décadas después del inicio del programa de vacunación. En relación a la infección por VPH, en al menos en 15 países se ha demostrado la efectividad

o el impacto poblacional en la disminución de la prevalencia de infección por los genotipos de VPH incluidos en las vacunas y también en los genotipos para los que existe protección cruzada, particularmente en países que han administrado la vacuna bivalente². En estudios que han evaluado la prevalencia de infección por VPH antes y después de la introducción de la vacunación VPH en niñas, se ha demostrado protección de grupo en hombres no vacunados y también en mujeres no vacunadas². La magnitud de la disminución en la prevalencia de infección observada depende del número de cohortes vacunadas y de las coberturas alcanzadas^{2,3}. En países que han administrado la vacuna tetravalente, que protege frente a los genotipos de VPH de bajo riesgo 6 y 11 que causan la mayoría de verrugas genitales, se ha evidenciado una disminución de los diagnósticos de verrugas genitales en las cohortes vacunadas y también en hombres heterosexuales no vacunados^{2,3}. Como ejemplo, en Australia, que implementó un programa de vacunación muy amplio ofreciendo la vacunación gratuita a las mujeres de 12-26 años, a los 5 años del inicio del programa se evidenció una disminución del 92% en los diagnósticos de verrugas genitales en mujeres menores de 21 años y del 72% en mujeres de 21-30 años, y una disminución en hombres heterosexuales no vacunados del 81% en menores de 21 años y del 51% en los de 21-30 años⁴. Por último, hasta el momento 9 países han confirmado una reducción en las lesiones precancerosas cervicales². Entre estos, destacan los datos de Escocia publicados recientemente que muestran una elevada efectividad de la vacuna bivalente en la prevención de enfermedad cervical de alto grado independientemente del tipo de VPH⁵. En este estudio, los autores estiman una efectividad de la vacuna del 86% en la prevención de neoplasia intraepitelial cervical de grado 3 o superior (NIC3+), el precursor inmediato del cáncer de cuello uterino, en mujeres vacunadas a los 12-13 años de edad en comparación con las cohortes no vacunadas y, además, evidencian una reducción de estas lesiones en las mujeres no vacunadas de estas mismas cohortes de nacimiento, lo que sugiere un efecto de protección de grupo⁵.

Bibliografía

1. World Health Organization. Meeting of the Global Advisory Committee on Vaccine Safety, 7–8 June 2017. *Wkly Epidemiol Rec.* 2017;92(28):393-404.
2. Brotherton JML. Impact of HPV vaccination: Achievements and future challenges. *Papillomavirus Res Amst Neth.* 2019 Apr 9;7:138-40.
3. Drolet M, Bénard É, Boily M-C, Ali H, Baandrup L, Bauer H, *et al.* Population-level impact and herd effects following human papillomavirus vaccination programmes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2015;15(5):565-80.
4. Ali H, Donovan B, Wand H, Read TRH, Regan DG, Grulich AE, *et al.* Genital warts in young Australians five years into national human papillomavirus vaccination programme: national surveillance data. *BMJ.* 2013;346:f2032.
5. Palmer T, Wallace L, Pollock KG, Cuschieri K, Robertson C, Kavanagh K, *et al.* Prevalence of cervical disease at age 20 after immunisation with bivalent HPV vaccine at age 12-13 in Scotland: retrospective population study. *BMJ.* 2019;365:l1161.

Confianza, reticencia y negativa a la vacunación. Decisiones personales que afectan a todos

Urbiztondo Luis, Borràs Eva

Servicio de Medicina Preventiva. Departament de Salut. Agència de Salut Pública de Catalunya. CIBER Epidemiologia y Salud Pública (CIBERESP).

Correspondencia:

Luís Urbiztondo

E-mail: luis.urbiztondo@gencat.cat

Eva Borràs

E-mail: eva.borras@gencat.cat

La OMS en su treceavo Programa general de Trabajo de 2019-2023 expone las diez amenazas para la salud global, entre ellas la reticencia a la vacunación destacando que las vacunas previenen de 2 a 3 millones de muertes anuales y que si se mejoraran las coberturas vacunales se podría evitar 1,5 millones más de muertes¹.

La OMS alerta que un auge de este movimiento puede hacer retroceder los éxitos conseguidos a lo largo de los años y pone de ejemplo el hecho que los casos de sarampión hayan incrementado en un 30 % a nivel mundial, aunque no únicamente debido al rechazo a la vacunación¹.

La razón por la que las personas optan por no vacunar es compleja y por este motivo en el 2012 el grupo de trabajo del SAGE (*Strategic Advisory Group of Experts on immunization*) inició un trabajo sobre reticencia ante la vacunación (*SAGE Group on Vaccine Hesitancy*), propuso definir el término *vaccine hesitancy*, hacer un mapa de sus determinantes y desarrollar herramientas para medir la reticencia ante las vacunas².

Se definió la reticencia vacunal como el retraso en la aceptación o el rechazo de la vacunación a pesar de su disponibilidad. La reticencia es compleja y varía en función del tiempo, geográficamente y de las vacunas.

La reticencia a las vacunas depende de la percepción del riesgo de las enfermedades evitables mediante vacunación y de la satisfacción respecto a las vacunas y los programas de vacunación. Está determinada por aspectos como la aceptación (*compliance*), la accesibilidad (*convenience*) y la confianza (*confidence*)².

La confianza en los programas de vacunación es crucial para mantener las coberturas vacunales adecuadas³. Aunque en nuestro país las coberturas vacunales son altas existe un cierto nivel de reticencia que puede llegar a ser significativo y cambiar la dinámica de vacunación. Por ello se deben desarrollar estrategias y políticas apropiadas para abordar las inquietudes expresadas, anclar la confianza en la vacunación y desarrollar métodos de medición⁴.

Bibliografía

1. World Health Organization. Diez cuestiones de salud que la OMS abordará este año. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>
 2. World Health Organization. Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy 2014; November 2014. Disponible en: https://www.who.int/immunization/programmes_systems/vaccine_hesitancy/en/
 3. Larson H, de Figueiredo A, Karafillakis E, Rawal M. State of vaccine confidence in the EU 2018. European Union; 2018. Disponible en: http://www.vaccineconfidence.org/wp-content/uploads/2018/10/EU_state_of_vaccine_confidence_2018.pdf
 4. Urbiztondo L, Borràs E. Reticencia y rechazo ante la vacunación: un riesgo emergente. *Rev Enferm Emerg.* 2019; 18(1): 3-6. Disponible en: <http://www.enfermedadesemergentes.com/actual.php?m=5673>
-