

# Decálogo de Buenas Prácticas. Recuperación de las vacunaciones después del confinamiento por la COVID-19

29/06/2020

A raíz del webinar organizado por la AEV 'Vacunas en todas las edades. Que el COVID-19 no nos frene', el pasado mes de junio, se ha elaborado un completo Decálogo de Buenas Prácticas de recuperación de las vacunaciones después del confinamiento por la COVID-19, dirigido a profesionales.

## RECUPERACIÓN DE LAS VACUNACIONES DESPUÉS DEL CONFINAMIENTO POR LA COVID-19

### Decálogo de buenas prácticas



- 1** Transmite a las madres, los padres y las personas en situaciones médicas especiales la importancia del cumplimiento de las medidas preventivas básicas para evitar la transmisión del virus (uso de mascarilla, higiene de manos, distancia de seguridad). Si es posible, contacta telefónicamente los días previos a la consulta para informar sobre estas medidas e indicar los accesos seguros al hospital o al centro de salud, así como la organización de las salas de espera.
- 2** Programa las vacunaciones a primera hora de la mañana. De esta manera garantizarás que los niños sanos y los pacientes de riesgo asintomáticos acudan al centro en las mejores condiciones de seguridad ambiental, evitando el potencial riesgo de contagio a partir del contacto con superficies contaminadas. Si es posible, organiza la agenda para dedicar un horario específico a la vacunación todos los días.
- 3** Coordina en el mismo acto vacunar todas las vacunas que estén indicadas en el paciente y se permita según las indicaciones de las fichas técnicas. Con esta práctica evitaremos oportunidades perdidas de vacunación. Recuerda valorar las vacunas financiadas y las no financiadas.
- 4** En las unidades de vacunación hospitalarias, programa las vacunas el mismo día que el paciente acuda al hospital por otro motivo (consulta con otra especialidad, retirada de medicamentos en la Farmacia Hospitalaria, extracción de sangre, etc.). Se trata de que el paciente contacte con el entorno sanitario lo menos posible.
- 5** Si es necesario realizar una valoración serológica, evita citar al paciente inmunodeprimido o de riesgo en otro momento para la serología vacunal. Aprovecha la primera cita y entras en ella la muestra.
- 6** Sé un ejemplo para tus pacientes y cumple con las normas de higiene:
  - Viste el uniforme facilitado por tu servicio de salud y cámbialo a diario.
  - Evita el uso de anillos, pulseras, relojes y cualquier otro elemento estético que impida la correcta realización de las medidas de higiene.
  - Lleva las uñas cortas, limpias y sin esmalte ni incrustaciones.
  - Procura mantener el pelo recogido con gomas u horquillas con el fin de evitar el contacto con la cara.
  - Evita llevar piercings en zonas de mucosa (labio o nariz).
- 7** Salvo causa mayor, cumple estrictamente el calendario vacunal y programa las vacunaciones siguiendo los intervalos mínimos según las pautas. Evita alargar los intervalos mínimos de vacunación, pues no sabemos qué pasará en los próximos meses en cuanto al coronavirus y su epidemiología.
- 8** Evita la administración de vacunas a los pacientes que estén en aislamiento domiciliario por tener infección activa por coronavirus o ser contacto de un caso. Una vez que el facultativo considere que la situación se ha resuelto podrás citar al paciente para restablecer las vacunas pendientes. Estos dos son los únicos motivos reales por los que el coronavirus puede retrasar los calendarios de vacunación. No está justificado retrasar la vacunación por miedo a estar desarrollando la COVID-19.
- 9** Vacúnate contra la gripe en la próxima campaña. No te la juegues. Los virus de la gripe se encuentran entre los que con mayor frecuencia causan coinfección con el virus SARS-CoV-2. Vacunándote contra la gripe podrás evitar complicaciones si padeces COVID-19 en los próximos meses. Revisa los grupos de riesgo de vacunación antigripal y recuerda que muchos de ellos también deben vacunarse frente al neumococo ([https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Recomendaciones\\_vacunacion\\_gripe.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Recomendaciones_vacunacion_gripe.pdf)).
- 10** Aumenta la atención telefónica también en relación con las vacunas; el acto de vacunación no se puede hacer a distancia, pero sí se puede informar sobre los resultados de pruebas serológicas, resolver dudas, valorar sospechas de reacciones adversas asociadas a la vacunación y otras cuestiones. Evita citar al paciente si no es necesario.



**Autores:**  
María Fernández Prada, Preventivista  
Jaime J Pérez Martín, Preventivista  
Ana M. Grande Tejada, Pediatra  
Fernando Moraga Llop, Pediatra  
Luis I Martínez Alcorta, Preventivista  
David Moreno Pérez, Pediatra

**Idea original:**  
Glòria Mirada Masip, Enfermera

Documento realizado a partir del webinar organizado por la AEV "Vacunas en todas las edades. Que el COVID-19 no nos frene" impartido el 02/06/2020.

# La enfermedad meningocócica recurrente

29/06/2020

Una [revisión](#) del centro nacional de referencia alemán para *Neisseria meningitidis* y *Haemophilus influenzae* tipo b ha analizado las enfermedades meningocócicas invasoras recurrentes para el periodo 2002 a 2018 mediante un estudio retrospectivo observacional. Analizaron el riesgo de recurrencia en 5.854 pacientes durante un periodo de 9.4 años, de los que 14 sufrieron un segundo episodio y una persona un tercero. El riesgo de enfermedad invasora recurrente llegó al 29.4/100.000 personas/año para los supervivientes al primer episodio. Los serogrupos Y, W, E y Z estuvieron significativamente sobrerrepresentados respecto de una cohorte de referencia. Los supervivientes tuvieron un riesgo como mínimo de 50 veces de padecer otro episodio al compararlos con la población general, por lo que los autores del trabajo concluyen que ese alto riesgo habla a favor de la vacunación antimeningocócica postpadecimiento con vacunas MenACYW y MenB.

---

## La vacuna del Oxford Vaccine Group comienza los ensayos

# clínicos en Sudáfrica

29/06/2020

El 24 de junio comenzó la inoculación a [voluntarios sudafricanos](#) de la vacuna del *Oxford Vaccine Group*, uniéndose de esta manera a los ya reclutados en el Reino Unido, los Estados Unidos y Brasil. La vacuna se está ensayando en 4.000 británicos a los que se sumarán otros 10.000 a finales de julio y en las próximas semanas se vacunarán 7.000 brasileños y 10.000 estadounidenses.

El proyecto de Sudáfrica incluirá a 2.000 personas, incluyendo a 50 con VIH, residentes en Johannesburgo. Sudáfrica, hoy por hoy, es el país que más casos concentra de COVID-19 con la mitad de los casos de todo el continente, habiendo llegado esta semana a los 100.000. El coordinador del proyecto, *Shabir Madhi*, espera que el ensayo aleatorio y controlado dure un año, pero una vez que 42 personas resulten positivas al virus, se conocerá si la vacuna funciona o no. La eficacia para ser viable debería ser de al menos el 60%.

---

## ¿Por qué las fiestas de la COVID-19 son una mala idea?

29/06/2020

En un ilustrativo artículo de opinión publicado en [Medscape Infectious Diseases](#), *Charlotte Moser*, directora adjunta del *Vaccine Education Centre del Children's Hospital of*

*Philadelphia*, aborda el tema de las fiestas para contagiarse de enfermedades inmunoprevenibles (*disease parties*), y más concretamente, el de las fiestas COVID-19 (*COVID-19 parties*).

Esas fiestas tienen precedentes históricos en las del sarampión y la varicela y, por tanto, la preguntas que surgirían serían: ¿por qué debería la población resistirse a la tentación de exponerse, intencionadamente, ellos o sus hijos a la COVID-19?, ¿cómo deberían responder los sanitarios a los pacientes y a las familias que plantean esta pregunta? Las respuestas se pueden agrupar en dos grandes apartados.

## **1. Los riesgos**

A pesar de las más de 117.000 muertes en los Estados Unidos en unos pocos meses, los datos disponibles sugieren que alrededor del 80% de los infectados no llegan a padecer una enfermedad grave. Ello quiere decir que cuatro de cada cinco expuestos intencionadamente al virus no tendrán consecuencias graves, aunque este razonamiento no tiene en cuenta algunos riesgos importantes para él y para las personas que le rodean.

### **Duración de la inmunidad**

A día de hoy todavía existen muchas preguntas relativas a la inmunidad post-padecimiento que aún no tienen respuesta, incluyendo si ésta protege frente a una reinfección y, si es así, hasta cuándo. También se desconoce la duración de los anticuerpos y la correlación entre su concentración y la protección clínica. Más aún, todavía no se conoce el papel de los anticuerpos en la resolución de la enfermedad o en la capacidad de diseminación del virus. En definitiva, la exposición intencional puede que no genere inmunidad a largo plazo o que no proteja frente a la reinfección.

### **Consecuencias de la infección en el plazo largo**

En los comienzos de la pandemia, y a la vista de las hospitalizaciones y de los cuadros clínicos graves, se sugirió

que los niños, en general, se infectaban menos; más tarde si embargo, comenzaron a aparecer reportes de niños con un síndrome inflamatorio multisistémico asociado a la COVID-19. La evidencia acumulada sugiere que este síndrome puede aparecer en niños previamente asintomáticos y, al menos en algunos casos, ya iniciada la enfermedad. Además, este síndrome "*Kawasaki-like*" parece más grave que la enfermedad de la que toma el nombre, con síntomas cardíacos, activación macrofágica y afectación multiorgánica.

Asimismo, son inciertos los efectos a largo plazo de la infección en los adultos supervivientes de un cuadro clínico grave, pero se han registrado cuadros graves de daño pulmonar, neurológico y cardiovascular (ictus).

En resumen, no se puede predecir quienes experimentarán esas complicaciones.

### **Infección asintomática**

La exposición intencional al virus también tiene implicaciones comunitarias. No se puede descartar una transmisión presintomática o asintomática y aunque un individuo o sus hijos tengan la intención de autoimponerse una cuarentena de un par de semanas tras la exposición, esta medida requeriría de la adherencia de todos aquellos que habiten bajo el mismo techo. Teniendo en cuenta que hasta el 40% de los infectados pueden serlo con carácter asintomático, no sería descabellado anticipar que los miembros familiares optaran por acudir al trabajo o a ir de compras. Más aún, a medida que la sociedad "vuelve a abrirse", la posibilidad de adherirse un mínimo de dos semanas de cuarentena irá disminuyendo, viéndose este indeseable efecto amplificado por el incumplimiento del distanciamiento social.

Por consiguiente, antes de tomar la decisión de exponerse, el individuo deberá considerar el compromiso que él y los que le rodean deben asumir: aislarse de la sociedad durante dos

semanas o más si alguien cae enfermo.

## **Gravedad de los casos secundarios**

Una cosa que tiene que quedar clara es que los enfermos con clínica leve pueden transmitir el SARS-CoV-2 a otras personas, que, en ocasiones, pueden padecer un cuadro muy grave e, incluso, fallecer. En resumidas cuentas, los individuos eligen para ellos mismos, pero también para aquéllos con los que entran en contacto. Este hecho es especialmente relevante en familias con personas de alto riesgo.

## **Recursos sanitarios finitos**

Aunque la situación ha mejorado respecto a los comienzos de la pandemia, no estamos libres de un repunte de casos. La vigilancia de los recursos sanitarios indica que en más de la mitad de los estados de los EE.UU. tienen una disponibilidad limitada de camas en cuidados intensivos.

Por tanto, antes de considerar exponerse deliberadamente al virus, se debe tener presente que los tratamientos de los muy graves siguen siendo muy experimentales y que los recursos sanitarios de su comunidad pueden ser limitados.

## **2. ¿Y qué hay de los beneficios?**

Los que abogan por la exposición intencionada aportan dos razonamientos: la inevitabilidad de la infección y la necesidad de volver a la normalidad. Ambas están sometidas a unas consideraciones.

El argumento de la inevitabilidad descansa en una falacia lógica conocida como la generalización precipitada (*hasty generalization*) o la “estadística de los números pequeños”, que no tiene en cuenta todas las evidencias disponibles:

- La mayoría de los expertos coinciden en que hasta ahora se ha infectado solo una pequeña parte de la población.

– El número de personas que se infectarán antes de que haya una vacuna dependerá no solo de lo que tarde en llegar, sino también de cómo se expandirá el virus hasta ese momento. Las tasas de infección estarán condicionadas por el comportamiento del virus y por las estrategias de mitigación.

En cuanto a la vuelta a la normalidad, todos estamos de acuerdo en que hemos pasado momentos duros y, que, por tanto, es comprensible pensar en volver a la vida pre-COVID-19. No obstante, es incorrecta la noción de que en poco tiempo se infecte la mayor cantidad posible de gente para volver a la normalidad. Desgraciadamente, y desde el comienzo de la pandemia, las conversaciones sobre el confinamiento han provocado que muchos concluyan que hay que escoger entre la salud pública y la economía. Esta idea gira alrededor de una falacia lógica llamada falsa dicotomía que asume solo dos posturas para una situación concreta.

Aunque el confinamiento fue eficaz para aplanar la curva de incidencia, es verdad que originó un daño significativo a la economía. Pero los intentos de disponer con rapidez de una inmunidad comunitaria mediante la exposición intencionada sacrificarán vidas, de forma injusta e innecesaria. En su lugar, y en la medida que colectivamente se aplanan la curva, necesitaremos trabajar juntos para reparar la economía sin sacrificar vidas. La distancia social y la cuarentena disminuirán la diseminación del virus y permitirán que nuestras comunidades se abran, pero asegurando que:

- No se sobrecargan los recursos sanitarios.
- Los clínicos y los científicos tendrán tiempo para progresar en el conocimiento de las futuras vacunas y tratamientos.
- Nuestra familia y amigos no paguen el precio.

La recuperación de la economía y salvar vidas no son mutuamente excluyentes. Parte del papel de los sanitarios para ayudar a los pacientes y a sus familias es hacer que tomen las

decisiones más acertadas en base a las mejores evidencias. Recomendar una exposición intencionada es arriesgado para el que se sienta enfrente tuyo, para sus familias, amigos y vecinos, porque:

- Desconocemos si esa exposición proporcionará protección a largo plazo o protección frente a la reinfección.
- Desconocemos qué pacientes experimentarán complicaciones postinfecciosas diferidas o a largo plazo.
- Desconocemos quiénes respetarán el mínimo de dos semanas de cuarentena tras la exposición.
- Desconocemos qué contactos secundarios padecerán una enfermedad más grave.
- Todavía no disponemos de tratamientos eficaces ni de capacidad del sistema sanitario en caso de repuntes de la enfermedad.

Los tiempos actuales han estado marcados por sentimientos de incertidumbre y de falta de control. Sin embargo, es importante que los pacientes sean conscientes de que la infección no es inevitable, de que la elección entre la salud pública y la economía no son mutuamente excluyentes y de que la exposición intencionada no es una elección de riesgo cero. Juntos controlaremos nuestro destino colectivo cuidando los unos de los otros mientras que la comunidad se vuelve a abrir sin correr riesgos jugando a la ruleta con este mortífero virus.

**Traducido y adaptado por José A. Navarro-Alonso M.D.**

**Pediatra. Comité Editorial A.E.V.**

***Prohibida la reproducción total o parcial de esta información sin citar su fuente***

