

POSICIONAMIENTO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE VACUNACIÓN INFANTIL: ANÁLISIS CRÍTICO Y PROPUESTAS DE MEJORA

Recientemente se han producido modificaciones en la comercialización, acceso y financiación de vacunas. Algunos de estos cambios tienen una repercusión clara en los “distintos” calendarios vacunales oficiales de nuestras Comunidades Autónomas (CC. AA.) bien por la incorporación de algunas vacunas o por la modificación del esquema de administración de otras. Estos cambios, así como la aparición de nuevas vacunas no financiadas pero sí disponibles en farmacias y el desabastecimiento de otras, son hechos que merecen nuestra consideración. Y por ello desde AEPap creemos conveniente plantear una reflexión conjunta sobre este tema a las autoridades sanitarias, analizando los siguientes puntos:

- Coberturas vacunales
- Registro
- Formación
- Responsabilidad de profesionales y mensajes a la población
- Abastecimiento
- Toma de decisiones, implantación y difusión de la información
- Variabilidad de calendarios

1. Coberturas vacunales

En España las vacunas infantiles no sólo son aceptadas sino demandadas por la población y en consecuencia se registran altas tasas de cobertura vacunal. Sin embargo, en los últimos años se puede observar una cierta disminución en estas coberturas, lo que en algunas CC. AA. puede suponer la existencia de verdaderas bolsas de población no inmunizada y por tanto no protegida.

Esta disminución debería alertar a las autoridades sanitarias y los profesionales sobre la posible evolución de la misma, analizándola sobre todo a

la luz de los datos que presentan otros países europeos en los que se puede observar que entre aquellos que presentan menores coberturas vacunales, figuran algunos de los que presentan un más elevado nivel de vida¹.

Un análisis pormenorizado de las cifras de cobertura vacunal de 2014 ofrece algunos datos para la reflexión: primovacunación DTPa (difteria, tétanos, tosferina) en Castilla y León 93,5%; hepatitis B en Galicia 90,9%, Extremadura 92,5% y Castilla y León 93,5%; triple vírica (TV) (sarampión, paperas y rubeola) en Cataluña 90,9%; así como la cobertura en primera dosis de refuerzo en DTPa en Extremadura (91%), Galicia (92,6%), Castilla y León (90,2%), Cataluña (93,7%) y Melilla (92,2%); la disminución de coberturas en posteriores refuerzos: para dTpa a los 4 - 6 años solo 6 CCAA están por encima del 95% y Extremadura en 77,2% y para Td 14-16 años, la máxima cobertura es de 93% y en Extremadura de 44,4% y para la dosis de refuerzo frente a meningococo C que en Extremadura es del 70,1%.

Las coberturas para vacuna VPH (virus del papiloma humano) en algunas comunidades, Madrid y Andalucía, son especialmente llamativas e inferiores al 60%².

Hay que recordar que para conseguir la eliminación del sarampión y de la rubéola es necesario alcanzar coberturas de vacunación $\geq 95\%$ en todas las cohortes de nacimiento. Desde 1999, la cobertura de vacunación con la primera dosis de vacuna TV supera el 95% a nivel nacional y el 90% en todas las comunidades autónomas. Los datos de cobertura nacional respecto a la segunda dosis están disponible desde el año 2006; desde entonces supera el 90%, pero con un rango entre comunidades del 80%-95% según los años³.

A partir de nuestra información, las bajas coberturas de Extremadura pueden ser debidas a problemas en relación con programas informáticos de registros, en todo caso ofrecemos nuestra colaboración para trabajar y diseñar de manera conjunta con las autoridades sanitarias de todo el territorio español sistemas de mejora en los mismos.

Acerca de la disminución de cobertura en dosis de refuerzo, conviene establecer la mejor estrategia de captación, haciendo coincidir su administración con visitas programadas en los programas de salud, alertando a los profesionales, médicos y enfermeras, sobre la necesidad de revisar y actualizar calendarios vacunales en cualquier visita e incluyendo avisos en la historia electrónica entre otras fórmulas que mejoren las actuales coberturas.

Una limitación para la correcta interpretación de estos datos es la diversidad de bases de datos utilizadas, los distintos ámbitos en que se realiza la vacunación (centros públicos, concertados o privados) y los posibles problemas de registro. De hecho, en algunas vacunas, las cifras de coberturas superiores al 100% se deben a la inclusión en el numerador de niños vacunados que no están incluidos en la población objeto o que no figuran como

residentes en esa Comunidad².
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm> - primero

Es necesario que las bases de datos utilizadas en el cálculo de coberturas se correspondan con la población real y sería conveniente que fueran comparables entre sí.

Una mención especial merece la cobertura en situaciones de riesgo, es decir, la administración de vacunas no incluidas en el calendario oficial para la población general, pero sí recomendadas y financiadas para pacientes en determinadas situaciones⁴⁻⁸. Este dato no está recogido en los publicados por el Ministerio, aunque hay algunos estudios publicados respecto a la cobertura para vacuna antigripal y antineumocócica en una comunidad en la que esta no está incluida en el calendario vacunal. En ambas situaciones llama la atención las bajas cifras de coberturas publicadas, aún cuando se comprobaron altas coberturas de vacunaciones sistemáticas. Respecto a la vacuna antigripal: 23,9% en la campaña vacunal antigripal 2011-2012 en Cataluña⁹; inferior al 25% en todos los grupos de edad, sexo o afección en la temporada 2013-14 en la Comunidad Valenciana¹⁰; y 43,1% en la temporada 2007-2008 en un centro de salud de Zaragoza¹¹. Respecto a la cobertura vacunal frente a neumococo en niños con condiciones de riesgo, fue del 47,7% en Cataluña en 2012¹². De estos datos debemos concluir la necesidad de aumentar la vacunación especial en pacientes de riesgo, reconociendo qué pacientes, y en qué situaciones, son susceptibles y promoviendo activamente la inmunización de los mismos.

2. Registro

La exactitud de las cifras de cobertura vacunal depende de un adecuado sistema de registro de pacientes y de actividad vacunal. Este debería incluir toda la actividad vacunal realizada tanto a nivel público como privado: vacunas financiadas, no financiadas y administradas en situaciones de riesgo. También sería conveniente registrar los motivos por los que una vacuna no es administrada.

De este registro debería poder extraerse información a nivel nacional, no solo autonómico, y posibilitar así la localización inmediata de grupos de población con bajas coberturas y, por tanto, susceptibles.

El mantenimiento de este registro exige, además de la existencia de la herramienta adecuada, la sensibilización y formación de los profesionales encargados de la cumplimentación del mismo.

3. Formación

La formación de los profesionales encargados de la asistencia pediátrica (pediatras y enfermeras pediátricas) es un pilar básico para conseguir la implementación de un programa de vacunación eficaz. Conscientes de ello, desde las Sociedades Científicas, existe un esfuerzo continuo no solo para actualizar los conocimientos sobre este tema en sus diversos aspectos: conocimiento de cada vacuna, administración en situaciones especiales, corrección de calendarios, aspectos legales, de seguridad, registro, resolución de dudas prácticas, etc... sino también facilitando materiales adecuados para informar a las familias. Estas actividades formativas sin embargo, no pueden sustituir a las que cada servicio de salud debe ofertar a sus profesionales. Además, y para aprovechar los beneficios de una buena formación, desde las administraciones deben tomarse medidas que garanticen la estabilidad y dedicación específica de los profesionales. Estas estrategias son además, herramientas útiles para la prevención de errores en la práctica vacunal¹³.

4. Responsabilidad de profesionales y mensajes a la población

Es necesario que las autoridades sanitarias y los profesionales sanitarios no descuidemos la necesidad de mejorar los conocimientos de la población en este tema, difundiendo activamente y de forma accesible, documentación y materiales con contenidos veraces, rigurosos e inteligibles y resolviendo las dudas que pacientes y familias puedan plantear¹⁴⁻¹⁶. Debemos insistir en la conveniencia y las ventajas que supone la vacunación, una de las formas más poderosas y coste efectivas de prevención primaria y en la necesidad de que se mantenga, para proporcionar una protección eficaz, emitiendo un único y sencillo mensaje: las vacunas salvan vidas y evitan secuelas.

Los casos de fallecimientos de niños^{17,18} por enfermedades inmunoprevenibles refuerzan la necesidad de trabajar en la difusión de este mensaje.

Creemos que las autoridades sanitarias y los Colegios profesionales, deben mantener una actitud contundente y exigir responsabilidades a los profesionales sanitarios que, en contra de toda la evidencia científica actualmente disponible, difunden y avalan teorías en contra de la vacunación. Estas actitudes deben ser consideradas como mala praxis y como tal deben ser perseguidas.

En España la vacunación no es obligatoria salvo en determinadas situaciones que determinen las autoridades sanitarias, pero es conveniente que en la historia clínica de los pacientes cuyos padres o tutores rechazan la

administración, quede constancia de este rechazo y de que se produce a pesar de haber recibido formal y explícitamente, por parte del profesional sanitario, información clara y completa sobre beneficios y riesgos de la vacuna y asumiendo la responsabilidad derivada de su decisión. También puede invitarse a los padres a la firma de un documento escrito, en el que conste su rechazo tras haber sido adecuadamente informados¹⁹. En estos casos, es imprescindible mantener una buena relación con la familia para conseguir un adecuado seguimiento del niño y nuevas oportunidades para informar y posibilitar la vacunación.

5. Abastecimiento

Consideramos que la vacunación es la medida más eficaz para el control de enfermedades infecciosas para las que existe vacuna. Los retrasos en la administración de las dosis correspondientes en las fechas previstas, pueden motivar el incumplimiento de calendarios y una disminución en las tasas de cobertura, y por ello la disponibilidad del número suficiente de dosis debe considerarse una prioridad en salud pública. Las autoridades sanitarias deben tomar, respecto a la industria farmacéutica, las medidas necesarias que aseguren esta disponibilidad.

Si finalmente se produjera desabastecimiento, las autoridades sanitarias deben emitir instrucciones claras sobre cómo administrar las dosis disponibles.

Esta consideración es de especial importancia en este momento, en el que sufrimos un desabastecimiento de vacunas con componente tosferina.

6. Toma de decisiones, implantación y difusión de la información

Es un hecho frecuente que coincidiendo con eventos no sanitarios, se anuncien en los medios de comunicación decisiones genéricas sobre ampliación de los calendarios vacunales que no van acompañadas de un plan concreto de ejecución, de forma que pueden pasar meses o años hasta que la medida se pone en práctica. Esto ha ocurrido en el último año en nuestro país: con respecto a la inclusión de la vacuna antineumocócica 13 valente decidida en Consejo Interterritorial en enero de 2015, pero con un tan amplio plazo de implantación que a día de hoy la vacuna no solo no está implantada en todas las CC. AA. sino que en algunas no existe aún información oficial sobre las fechas de implantación; respecto a la vacuna de la varicela, cuya inclusión se anunció en junio de 2015 y se aprobó en Consejo Interterritorial en julio de 2015, ni su incorporación en los calendarios vacunales de las distintas CC. AA. ni la información oficial sobre la fecha en que se iniciará la vacunación y las

instrucciones para llevarla a cabo, se ha realizado de forma simultánea, dándose incluso la circunstancia de que exista información publicada en prensa sin confirmación oficial; y respecto a la administración de vacuna de tosferina a gestantes cuya inclusión fue recomendada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a las CC. AA. en junio de 2015²⁰, su incorporación efectiva en todas las CC. AA. se ha llevado a cabo con varios meses de diferencia entre unas y otras. Esta circunstancia cobra especial relevancia en estos momentos en que ante la escasez de dosis vacunales, la evidencia científica disponible recomienda y prioriza la cobertura en embarazadas frente a otras estrategias vacunales²¹.

Sería pertinente compartir las novedades sobre cambios en estrategias y calendarios vacunales, inicialmente con los profesionales sanitarios y procediendo en un segundo momento a su divulgación a la población general, porque el hecho de que los profesionales no dispongamos de forma prioritaria y oficial de información sobre estos cambios y las causas que los motivan, dificulta la coordinación con la que autoridades sanitarias y profesionales debemos actuar en este tema en aras a ofrecer un mensaje común y positivo a la población.

Un análisis riguroso de los datos, con la intervención y colaboración directa y continuada entre autoridades, profesionales y ciudadanos en los procesos de toma de decisiones, aportaría transparencia y credibilidad a las decisiones adoptadas y contribuiría a aumentar la confianza en las mismas.

7. Variabilidad de calendarios

La variabilidad de calendarios puede causar extrañeza en la población cuando afecta al momento de aplicación de vacunas, pero puede resultar desconcertante cuando se trata de vacunas que se administran en unas comunidades y no en otras, o que se administran o no a determinados grupos de población, como ocurre con la vacuna antitosferina en gestantes sin que existan diferencias epidemiológicas que justifiquen los diferentes calendarios.

Para evitar estas situaciones de desconcierto, que pueden comprometer la credibilidad de las vacunas, es deseable que las decisiones concernientes a las mismas se tomen en todo el estado, con el máximo consenso entre las autoridades y los profesionales y atendiendo a razones exclusivamente científicas. Asimismo, y si en alguna ocasión cuestiones de otra índole influyeran en la no inclusión de una vacuna en el calendario, debe quedar claro que no es a causa de motivos de eficacia ni seguridad de las mismas.

Solicitamos por último, que la inclusión en calendario de todas aquellas vacunas que se demuestren como eficaces y seguras, y más aún si previenen enfermedades con elevada letalidad, sea considerada una prioridad en política

sanitaria, puesto que esta es la única medida que asegura equidad en el acceso a la misma para toda la población, independientemente de su capacidad adquisitiva.

En resumen, **los puntos clave** sobre los que autoridades y profesionales debemos trabajar de forma coordinada, conjunta y continua son:

- Análisis continuo de las tasas de coberturas vacunales y de los factores que motivan su disminución
- Formación y actualización de conocimientos de los profesionales
- Información activa a la población sobre los efectos de las vacunas en la prevención de las enfermedades infectocontagiosas
- Actitud alerta y respuesta activa y contundente, frente a la difusión de mensajes no basados en la evidencia científica y más aún si proceden de profesionales sanitarios
- Importancia de mantener un registro de vacunación riguroso, común a todo el territorio nacional, que permita identificar de forma rápida población susceptible y dar una respuesta ágil, ante situaciones imprevistas que pudieran producirse
- Previsión, planificación y adopción de medidas con la industria farmacéutica que permitan asegurar un abastecimiento adecuado
- Ante cambios o modificaciones puntuales o temporales en los calendarios vacunales, es conveniente claridad en la toma de decisiones, comunicación de las mismas a los profesionales por cauces oficiales y difusión ordenada de la información a la población
- Variabilidad de calendarios. Recaltar la importancia de no mantener en los distintos territorios diferencias que no se justifiquen por motivos epidemiológicos, y explicar muy bien los cambios introducidos en ellos. Esto reforzaría la equidad del sistema y la credibilidad de las decisiones con respecto a la política vacunal.

**Grupo de Patología Infecciosa de la AEPap.
Enero de 2016**

BIBLIOGRAFÍA:

1. Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2014 Report. [Monografía en Internet]. Björnberg A. 2015. Disponible en:
http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Base de datos en Internet]. Coberturas de Vacunación. DATOS ESTADÍSTICOS. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunacion/es/coberturas.htm>
3. Centro Nacional de Epidemiología. Plan Nacional de Eliminación del Sarampión y de la Rubéola. Informe anual 2013. Madrid. Julio de 2015. Disponible en:
http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-enfermedades-prevenibles-vacunacion/pdf_2015/Informe_SAR_RUB_2013.pdf
4. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Manual de Vacunas en línea de la AEP. [Monografía en Internet]. Sección III. Inmunización en circunstancias especiales. Disponible en:
<http://vacunasaep.org/documentos/manual/seccion-iii>
5. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Manual de Vacunas en línea de la AEP. [Monografía en Internet]. Sección IV. Gripe. RECOMENDACIONES DE VACUNACIÓN ANTIGRIPE EN LA INFANCIA. COMITÉ ASESOR DE VACUNAS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA (CAV-AEP). TEMPORADA 2015-2016. Disponible en
<http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-26#8>
6. [Committee On Infectious Diseases](#). Immunization for Streptococcus pneumoniae infections in high-risk children. [Pediatrics](#). 2014; 134: 1230-3
7. Corretger Rauet JM, en representación del Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Vacunaciones en el niño con síndrome de Down. Rev Pediatr Aten Primaria. 2014;16:159-67

8. [Bengoá Gorosabel M. Arrate, Onis González Estibaliz*, Alfayate Miguélez Santiago. Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria \(GPI-AEPap\), 2015.](#) Disponible en http://www.aepap.org/sites/default/files/vacunacion_en_el_embarazo_def.pdf
9. González R, Campins M, Rodrigo JA, Uriona S, Vilca LM. Cobertura de vacunación antigripal en niños con condiciones de riesgo en Cataluña. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2015;33: 22-6
10. Alguacil-Ramos AM, Martín-Ivorra R, Lluch-Rodrigo JA, Pastor-Villalba E, Portero-Alonso A. Vacunación antigripal en grupos de riesgo. Temporada 2013-14 en la Comunidad Valenciana. *An Pediatr.* 2015;83 430-2.
11. Domínguez Cajal MM, de Arriba Muñoz A, Escosa García L, García Íñiguez JP, Biosca Pàmies M, García Sánchez N. Cobertura de vacuna antigripal en niños de riesgo durante 2007-2008 en un centro de Atención Primaria en España. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2009;11:399-411.
12. González R, Armadans L, Martínez X, Moraga F, Campins M. Cobertura de vacunación antineumocócica en niños con condiciones de riesgo en Cataluña. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2015;33:597-602.
13. CAV AEP. PREVENCIÓN DE LOS ERRORES EN LA PRÁCTICA VACUNAL
Noviembre 2015. Disponible en:
<http://vacunasaep.org/profesionales/noticias/prevencion-errores-practica-vacunat>
14. Martínez-Diz S, Martínez Romero M, Fernández-Prada <http://www.analesdepediatria.org/es/demandas-expectativas-padres-madres-que/articulo/S1695403313003779/-aff0015> M, Cruz Piqueras M, R. Molina Ruano <http://www.analesdepediatria.org/es/demandas-expectativas-padres-madres-que/articulo/S1695403313003779/-aff0025> R, Fernández Sierra <http://www.analesdepediatria.org/es/demandas-expectativas-padres-madres-que/articulo/S1695403313003779/-aff0005> M.A. Demandas y expectativas de padres y madres que rechazan la vacunación y perspectiva de los profesionales sanitarios sobre la negativa a vacunar *An Pediatr.* 2014;80:370-8

15. [Dowling DJ](#), [Levy O](#). Pediatric vaccine adjuvants: Components of the modern vaccinologist's toolbox. *Pediatr Infect Dis J* 2015; 34(12): 1395-98
16. [Fernández Cuesta LM](#). [El timerosal en la práctica pediátrica](#). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010;12:673-83.
17. Martínez Romero M, García Iglesias F, Ayllón Toro A, Fernández Gutiérrez MI, Vallejo Robles E, García García MA. C-30. Meningitis meningocócica C en una niña no inmunizada por rechazo parental a la vacunación. *Rev Pediatr Aten Primaria*. Supl. 2011;(20):e51-e52.
18. European Centre for Disease Prevention and Control. A case of diphtheria in Spain, 15 June 2015. Stockholm: ECDC, 2015.
19. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Manual de Vacunas en línea de la AEP. [Monografía en Internet]. 44-1. Parte 1. Voluntariedad-obligatoriedad, consentimiento y renuncia a la vacunación. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-44-1>
20. Grupo de Trabajo tos ferina 2015 de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Adenda al programa de vacunación frente a tos ferina en España: vacunación en el embarazo. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunacion/es/docs/Adenda_TosFerinaEmbarazo.pdf
21. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Tosferina: la importancia de la vacunación de la embarazada. Documento del CAV-AEP, suscrito por 10 sociedades, noviembre 2015. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/tosferina-y-vacunacion-embarazada>