

# EVOLUCIÓN DE LA RETICENCIA Y LAS OBJECIONES A LAS VACUNAS DE REFUERZO CONTRA LA COVID-19: SE PAREMOS LOS HECHOS DE LA FICCIÓN

[www.medscape.org/livewebcast/covid19-booster-hesitancies-spanish](http://www.medscape.org/livewebcast/covid19-booster-hesitancies-spanish)

**Rosemary Leonard, MBE, MA, MB, BChir, MRCGP, DRCOG:** Hola. Hoy hablaremos sobre la reticencia a la vacunación. Los temas de los que hablaremos en general se dividen en tres categorías: la evolución de la reticencia a la vacunación, los factores clave que determinan esa reticencia y el abordaje de esos factores determinantes para aumentar la confianza y la aceptación de las vacunas. ¿Qué es la reticencia a la vacunación? La reticencia a la vacunación se define como la tardanza en aceptar la vacunación, o su rechazo, pese a la disponibilidad de servicios de vacunación. La falta de confianza en las vacunas contra la COVID-19 supone una amenaza directa e indirecta para la salud y podría hacer fracasar los esfuerzos para poner fin a la pandemia actual. Y la OMS ha identificado la reticencia a la vacunación como una de las principales amenazas para la salud mundial. La reticencia a la vacunación no es nueva, todos sabemos que lleva décadas entre nosotros, hemos tenido problemas con la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola, todo tipo de problemas con la reticencia a la vacunación, pero su alcance ha aumentado. Las redes sociales han ampliado su difusión enormemente. Las actitudes hacia las vacunas siempre han sido mudables, pero su aceptación en la actualidad es más dinámica, y está cambiando velozmente.

**Thomas Frese, MD, PhD:** En esta diapositiva se muestra la adopción actual de las vacunas en Europa. Pueden ver las vacunas contra la COVID-19 con al menos una dosis, la segunda dosis y luego las sesiones de vacuna de refuerzo. Y ven que las primeras 2 dosis fueron aceptadas bastante bien, con tasas del 72% al 75%, pero la primera vacuna de refuerzo, y luego la segunda y la tercera, tienen, en gran medida, una baja aceptación entre la gente. Sin embargo, hay que considerar que para la segunda y la tercera vacuna de refuerzo no todos son elegibles. La reticencia a la vacunación evoluciona y ha evolucionado con el tiempo. Al principio había cierta impaciencia para que aparecieran las vacunas. Luego apareció la reticencia inicial cuando aparecieron las primeras vacunas, y el camino se dividió entre la aceptación de la vacuna o el rechazo de la vacuna. Eso se resumió como la “epidemiología emocional”, y no era un fenómeno nuevo, ya se había descrito para las vacunas contra H1N1, específicamente, para la gripe H1N1.

La reticencia a la vacunación también evoluciona con el tiempo no solo a nivel poblacional sino también a nivel individual. Eso destaca la necesidad de hacer un seguimiento longitudinal de la reticencia, y de abordar la reticencia a la vacunación de manera diferente en el curso del tiempo. La reticencia a la vacunación también varía mucho según el lugar. Por ejemplo, el gráfico muestra diferencias regionales en Estados Unidos; es decir que no hay solo diferencias internacionales, sino también regionales y locales en cuanto a la reticencia a la vacunación. Por

tanto, se necesitan enfoques dirigidos para aumentar la aceptación de las vacunas, y esos enfoques dirigidos tal vez deban aplicarse en unidades muy pequeñas, como comunidades y subpoblaciones específicas, entre otras. Entonces, al hablar de reticencia a la vacunación, deben estar al tanto de su situación local, la situación en la población de su consulta, de sus pacientes, y así prever las inquietudes.

**Dra. Leonard:** Veamos la evolución de los factores determinantes de la reticencia a la vacunación. Algunos existen desde antes de la COVID-19, la carga del esquema de vacunación, en especial para las vacunas pediátricas, hemos oído a padres decir “¿Cómo se puede aplicar 6 vacunas en una? Seis microbios en una vacuna; ¿puede tolerarlo el sistema inmunitario?”. También hemos tenido preocupación por los componentes de la vacuna, esa gran inquietud: “¿Tiene mercurio? ¿Tendrá algún efecto perjudicial?”. Luego tenemos los riesgos percibidos de las vacunas; uno importante fue el riesgo percibido y absolutamente equivocado sobre el autismo. Y otro problema ha sido el riesgo de una infección que se percibe como bajo: “¿Por qué debería vacunar a mi hijo contra la polio? ¿O contra la difteria? Ya no existen más, ¿o no?”. Eso existía desde antes de la COVID-19.

Luego tuvimos, al principio, algunos determinantes diferentes que aparecieron con la primera ola de la vacunación. Estaban los que decían: “Bueno, esta es una vacuna muy nueva, no hay datos sobre ella, ¿cómo saben que va a funcionar? ¿Será segura?”. Había mucha desinformación e información falsa sobre las vacunas. Había una falta de confianza en las instituciones y los expertos científicos, la gente simplemente no les creía, y había polarización política. Eso ocurrió al principio de la pandemia de COVID-19, y todos tuvimos que enfrentar personas que creían que la vacuna no era segura, y que no iba a prevenir el contagio de la enfermedad grave, y sencillamente no la aceptaban. Pero ahora tenemos diferentes factores determinantes, nuevos factores. Hemos visto fatiga por la vacunación en personas que recibieron dosis anteriores. Y algo interesante que estamos viendo es que la fatiga por la vacunación que vemos con las vacunas de refuerzo contra la COVID también se ha extendido a la campaña anual de vacunación contra la gripe. La gente ya recibió suficientes pinchazos, no quiere seguir siendo un alfiletero, ya tuvo suficientes vacunas.

También hay un exceso de confianza en la inmunidad por haber contraído COVID-19: “Bueno, ya tuve COVID”. Dicen: “¿Por qué tendría que aplicarme una vacuna? No necesito una vacuna, mi sistema inmunitario... Ya la tuve, no me voy a aplicar una vacuna para eso ahora.”. Y luego tenemos la percepción de que el riesgo de adquirir ómicron es bajo. La gente dice: “Bueno, no es grave, no voy a terminar en el hospital, no es necesario que me preocupe por eso. ¿Por qué debería vacunarme contra ómicron?”. Y encima de eso, dicen: “Bueno, mira, tuvimos ómicron, la vacuna no funcionó contra ómicron, vamos a tener cepas nuevas, ¿por qué debería vacunarme contra ómicron? ¿Para qué sirve aplicarse una vacuna cuando seguramente aparecerá una cepa nueva?”. Así que tenemos estos nuevos factores determinantes que estamos teniendo que enfrentar.

**Dr. Frese:** Sí. Esta diapositiva presenta datos de reticencia a la vacuna de refuerzo de la UE, es decir, de estados verdaderamente libres, Austria, Alemania y Suiza. Y los datos se calcularon durante el verano de 2021, a partir de una encuesta de aproximadamente 2500 personas. Y la pregunta principal fue: “¿Está dispuesto a recibir vacunas de refuerzo anuales

contra la COVID-19?”. Y el 82% de las personas dijeron estar dispuestas y el 17,6% de las personas se negaron a aceptar una vacuna de refuerzo anual contra la COVID-19. Algunos factores asociados con la aceptación fueron edad más avanzada, residir en Austria o Alemania, en contraposición a Suiza. Fue haber votado en la última elección nacional. Las personas sin asistencia habitual a servicios religiosos fueron más propensas a aceptar las vacunas de refuerzo anuales contra la COVID-19. Y las personas que aprobaban total o parcialmente las medidas de mitigación de la COVID-19 también fueron más propensas a aceptar las vacunas de refuerzo anuales contra la COVID-19. Lo que hay que decir sobre este trabajo de Weitzer, et al., que también fue publicado en *Lancet Regional Health Europe*, es que se basó en personas que ya habían recibido una dosis de inmunización contra la COVID-19, así que no se consultó a la población total.

**Dra. Leonard:** En cuanto a datos de los Estados Unidos, esta es otra encuesta a poco más de 1500 estadounidenses adultos que habían recibido una vacuna de refuerzo; se habían aplicado una y solo el 34% dijo que era muy probable que se aplicara una segunda vacuna de refuerzo. Y si vemos los motivos, los principales factores generadores de eso fueron los efectos secundarios y, como dije antes, no estar convencidos de que fuera necesario. Luego otros argumentaron que era por altruismo, por no quitarle la vacuna a otros que la necesitan, por no volver a faltar al trabajo debido a los efectos secundarios, no faltar al trabajo por tener que ir a aplicarse la vacuna y también están los que dijeron que “simplemente no tengo tiempo”.

**Dr. Frese:** ¿Pero cuáles son los determinantes clave de la reticencia a la vacunación contra la COVID-19? Al principio, hay inquietudes sobre la eficacia. Muchos pacientes ven de forma crítica la prevención de la infección o la prevención de una enfermedad grave. También está la percepción de que es bajo el riesgo de COVID-19. El riesgo de cualquier infección, de enfermedad grave está subestimado. Y un punto muy importante desde la perspectiva de la práctica diaria son las inquietudes sobre la toxicidad, que los pacientes y las personas temen que los efectos secundarios sean críticos y sospechan de los efectos perjudiciales a largo plazo de las vacunas y de las sustancias aplicadas.

**Dra. Leonard:** Si hablamos de mitos... todos nos hemos encontrado con estos mitos frecuentes sobre la eficacia de las vacunas. Entonces, en primer lugar, tenemos inquietudes sobre la eficacia. ¿Funciona? “La vacuna no funciona porque igualmente alguien puede contraer la COVID-19.” Y, lamentablemente, lo hemos visto. Por supuesto que una vez aplicada la vacuna es mucho menos probable desarrollar enfermedad grave, pero la gente sigue diciendo: “Bueno, no funciona”. Y también tenemos algo a lo que volveremos en un minuto: que tener la infección, o la inmunidad natural, en efecto es mejor que aplicarse la vacuna; “dejaré que mi cuerpo la adquiera naturalmente, así me volveré inmune”. Esas son las inquietudes de eficacia. Después tenemos inquietudes sobre la seguridad que, por supuesto, fueron muy importantes al inicio de la campaña de vacunación, y siguen presentes en algunas personas: “Las vacunas son nuevas y no hay suficientes datos sobre su seguridad a largo plazo”.

Y tenemos también algo que retomaremos en breve: las vacunas afectan la fertilidad; “no son seguras para las embarazadas”. Inquietudes de seguridad. Y tenemos también una idea equivocada, y una inquietud de seguridad: “Los efectos secundarios de las vacunas son tan peligrosos como tener COVID-19”. Y otra idea equivocada e inquietud de toxicidad, que el riesgo de miocarditis supera el beneficio de la vacunación en los jóvenes, preocupa que la

vacuna sea más peligrosa que la enfermedad en sí. Y luego, algo nuevo que ocurrió con esto, es que la gente se enteró de que es una vacuna de ARN mensajero y dice: “Ah, es de ARN, va a afectar mi propio ADN, así que no la quiero”. Entonces tenemos estas nuevas ideas equivocadas que aparecieron con la campaña de vacunación contra la COVID-19.

**Dr. Frese:** También hay otros factores que influyen en la reticencia a la vacunación contra la COVID-19 y algunos de ellos, por supuesto, no se relacionan con las vacunas en sí. Pensemos en el rol de las redes sociales, que brindan información e influyen ampliamente en las actitudes y los comportamientos de la población y de los pacientes. Desinformación o información falsa. La información falsa que se difunde, más allá de la intención por falta de información o de que se difunda intencionalmente para confundir a las personas, es desinformación. Y eso también tiene un rol en la reticencia a la vacunación. La desconfianza en las instituciones que, en general, era más probable en las primeras olas de COVID-19, al igual que la desconfianza en los gobiernos, en las organizaciones de salud pública, en los expertos científicos, en los médicos y en los sistemas de asistencia sanitaria también son factores que generan reticencia a la vacunación, y posiblemente no solo sean relevantes en el contexto de la COVID-19.

**Dra. Leonard:** Las redes sociales también tienen una enorme importancia. Tenemos otra encuesta realizada en octubre de 2021, es decir, hace más de un año, pero sigue siendo relevante; podemos ver en este gráfico de la red social que, si uno tuvo un familiar o amigo cercano que se vacunó, es más probable que uno mismo se vacune. Por otro lado, si alguien tuvo un familiar o amigos cercanos que se vacunaron y luego se infectaron, significa que uno dirá “¿bueno, y de qué sirve que yo me vacune?”. Así que más allá también de los factores individuales, la red social de una persona puede influir enormemente en las decisiones sobre la vacunación. Si, nuevamente, uno tuvo la enfermedad, puede decir: “bueno, soy inmune, no necesito vacunarme”. Los ingresos familiares, y cada vez aparecen más investigaciones en los últimos tiempos sobre esto, los ingresos familiares, pertenecer a una clase socioeconómica más alta, tener más educación implica que hay más probabilidades de estar vacunado. Las proporciones de hombres y mujeres son prácticamente iguales. La edad, aproximadamente igual, pero vemos esta gran, gran diferencia en el origen étnico.

Como médica, trabajo en el sur de Londres, y tenemos una enorme comunidad de origen afrocaribeño, y han mostrado una enorme reticencia a vacunarse, algo que, nuevamente, vemos en esta diapositiva. Así que las redes sociales son una fuente de información médica también. Estos medios de las redes sociales han surgido como canales de información y divulgación importantes durante la pandemia, y están facilitando la difusión de la desinformación. Facebook, Twitter, TikTok, YouTube y, durante la pandemia, el uso de las plataformas de redes sociales aumentó entre un 20% y un 87%.

**Dr. Frese:** Y no son solo las redes sociales, hay diferentes capas de información, que se muestran del lado derecho. Las redes sociales son la capa inferior, luego los medios de comunicación probablemente sean la siguiente capa, las políticas y los consultorios de asistencia sanitaria tal vez sean la siguiente capa y, en cierto sentido, las ciencias y la información científica sean la capa superior de las distintas informaciones. Es decir que las ciencias y la información basada en las ciencias son la capa más pequeña del “pastel de información” en cuanto a la cantidad de información, pero representan ciclos de producción de

información rigurosos y muy selectivos. Las redes sociales son el segmento más grande y, como Rosemary ya destacó, tienen información prácticamente sin filtro y sin control, que el público genera, amplifica e intercambia.

¿Cuál es el impacto de la desinformación en cuanto a las vacunas? La desinformación y, en especial, la que las redes sociales amplifican, puede tener consecuencias adversas graves y puede llevar a desconfiar de las verdades científicas de los expertos en general. La información también puede tener, y ha tenido efectos adversos en las campañas de vacunación contra la COVID-19. De marzo a abril de 2020, las publicaciones en redes sociales que contenían información falsa sobre las vacunas tuvieron 4500 millones de vistas, lo cual es una cantidad increíblemente grande. Y si pensamos en las capas de información y en el “pastel de información”, eso ilustra muy bien lo grande que puede ser el rol de las redes sociales, y lo grande que puede ser el rol de la desinformación en las redes sociales. En internet abunda la información incorrecta sobre la prevención y el manejo clínico de la COVID-19, y como mínimo, la desinformación puede llevar a resultados de salud perjudiciales al alentar a las personas a usar remedios ineficaces e, incluso, nocivos. Pensemos en la cloroquina, pensemos en la ivermectina y su rol en la pandemia de COVID-19.

**Dra. Leonard:** Hablemos de ómicron y las vacunas actuales. La variante ómicron tiene muchas mutaciones nuevas, no solo en las proteínas estructurales sino también en las no estructurales, lo cual deja inquietudes sobre el fracaso de las vacunas, el escape inmunitario y el aumento de la transmisibilidad. Pero a pesar de eso, ahora está surgiendo evidencia de que la vacunación o la infección previa con otras variantes del SARS-CoV-2, como la vieja variante delta, protegen parcialmente contra la COVID-19 causada por ómicron. Y también la ómicron tiende a causar enfermedad menos grave, en especial, y esto es muy importante, en las poblaciones vacunadas. Pero para ser justos, necesitamos más investigaciones sobre cómo la inmunidad a ómicron cambia con el tiempo.

Para atravesar la pandemia en la era de ómicron, necesitamos más investigaciones. Necesitamos saber qué tan eficaces son las vacunas que estamos administrando ahora. Y en cuanto a las vacunas que estamos administrando ahora, las vacunas bivalentes contra ómicron y también contra la variante delta, necesitamos contar con datos de ensayos clínicos para ver qué tan buenas son estas vacunas contra las nuevas variantes. Por lo tanto, hay que mantenerse informado, a fin de estar preparado para tener esa charla con los pacientes que dicen “bueno, esta es contra las variantes viejas, ¿qué tan buena es contra ómicron? ¿qué tan buena es contra las variantes nuevas?”. También necesitamos confiar en las instituciones y en los expertos y, en el pasado, esto se vio dificultado por la desinformación y la mala comunicación, debemos esforzarnos por establecer una confianza pública a largo plazo.

También debemos tener mucho cuidado para no seguir alejando a las poblaciones en riesgo. Así que debemos identificar poblaciones objetivo y abordar sus inquietudes específicas, como las de las minorías étnicas, y también las de algunas personas con determinadas creencias religiosas. Y eso podría ayudar a prevenir la conversión de alguien que tiene reticencia a la vacunación en alguien que se resiste a la vacunación. No queremos alejar a esas poblaciones.

**Dr. Frese:** ¿Qué estrategias podríamos usar para abordar la reticencia a la vacunación? Lo que suele funcionar, también según los datos, es el compromiso personal de los proveedores de asistencia sanitaria que comparten información positiva relevante para el paciente individual. La comunicación personalizada dirigida a comunidades específicas, que se dirige a subpoblaciones específicas de la población que asiste a su consulta, pero que también podría dirigirse a personas especiales con un rol multiplicador en esa subpoblación o en su comunidad pueden ser muy importantes. Llevar las vacunas a la comunidad, es decir, aumentar el acceso, puede ser un punto muy importante. Reducir las barreras para el acceso puede facilitar las campañas de vacunación y puede abordar muy bien la reticencia a la vacunación. Lo que no suele funcionar son nuestros enfoques descendentes, que no llegan a una población que desconfía de las instituciones. Además, los pasaportes de vacunación les gustan a las personas dispuestas a vacunarse, pero alejan aún más a aquellos que no quieren vacunarse.

**Dra. Leonard:** Bien, en cuanto a enfrentar la desinformación... usted tiene un paciente, o un paciente llega y no quiere la vacuna y usted le pregunta dónde obtuvo la información, averigua de dónde provienen los mensajes recibidos. Y con toda seguridad a veces me dan ganas de decirles “esa fuente es basura”. Pero eso, en realidad, solo sirve para alejarlos. Así que no debemos criticar su fuente de desinformación, sino más bien, construir confianza y atender a sus inquietudes y a su desconfianza, y tratar de llevar la conversación a un punto en el que puedan recibir información buena y confiable. Así, en lugar de decir algo negativo sobre su fuente de información, se los debe dirigir a una fuente que sea buena, y compartir recursos y datos y, como digo, evitar el lenguaje estigmatizante, para que aprendan a confiar en nosotros, y que nosotros tratemos de ser amistosos y mostrarles empatía.

**Dr. Frese:** Bien, en cuanto a los mitos de las vacunas contra la COVID-19; “las vacunas no funcionan porque igual uno puede contraer COVID-19”. Estos son solo algunos ejemplos que muestro, “No creo que las vacunas siquiera funcionen, oí de gente que igual se contagió de COVID-19 después de vacunarse”. Ese es un mito frecuente. La COVID-19 puede seguir circulando después de alcanzar la inmunidad mediante la infección natural o la vacunación lo cual indica la necesidad de iniciativas de mitigación de la transmisión a largo plazo. Por lo tanto, independientemente de los antecedentes de infección, las personas deben seguir participando en mitigar la propagación de la infección. Un punto muy importante si vamos de la perspectiva individual a la perspectiva poblacional. Es importante destacar que las vacunas aprobadas contra la COVID-19 son muy eficaces para prevenir la COVID-19 grave, y no solo para evitar, digamos, los casos de infecciones fáciles o simples.

**Dra. Leonard:** Veamos el otro, el que dice que la inmunidad natural es mejor que la inmunidad por la vacuna. Es importante explicar que toda la inmunidad es natural, ya sea que esté inducida por una vacuna o que sea por infectarse por el virus de la COVID-19. Pero la inmunidad por la vacunación tiene algunas ventajas adicionales en verdad importantes que podemos comentar a nuestros pacientes. Las vacunas le indican al sistema inmunitario que responda de una manera más controlada que con la infección, y evitan el grave daño que la infección natural por COVID-19 puede causar a veces en las personas. Es tan impredecible saber quién tendrá enfermedad grave, quién tendrá COVID-19 persistente. Esa es otra cosa que debemos abordar. Además de informar que la vacunación conlleva un menor riesgo de transmitir el virus a otros en comparación con contraer la propia enfermedad.

Otra cosa que es interesante es que la respuesta inmunitaria después de la infección por el SARS-CoV-2 es muy variable, mientras que la respuesta a la vacuna, por lo general, es sólida y constante.

Otra cuestión con la que yo me he encontrado, particularmente, porque trabajo mucho en salud de la mujer, es el dicho de que las vacunas contra la COVID-19 afectan la fertilidad. Y han aparecido titulares en varias plataformas de redes sociales, Mumsnet y otros medios en los que se habla de fertilidad, que cuestionan los efectos de las vacunas contra la COVID-19 en la fertilidad. Y esto se debe, en gran medida, el hecho de que se ha informado que la vacunación puede afectar el ciclo menstrual. Entonces, si bien los efectos en la fertilidad futura no se estudiaron en los ensayos iniciales, en la actualidad no hay evidencia de que la vacuna contra la COVID-19 tenga algún efecto en la fertilidad a futuro.

Sí, la periodicidad de la menstruación puede alterarse, pero luego el ciclo se normaliza y la fertilidad no sufre cambios. Pero lamentablemente, la desinformación y la información falsa en relación con el impacto de la vacuna en la fertilidad futura precisan ser controladas exhaustivamente para evitar cualquier duda en las mujeres jóvenes que acuden a la clínica para vacunarse. Debemos tranquilizarlas y decirles que la vacunación durante el embarazo es inocua, que vacunarse antes del embarazo es seguro, pero que si contraen COVID-19 durante el embarazo, la respuesta inmunitaria cambia debido al embarazo, y que contraer la enfermedad durante el embarazo implica un riesgo mucho mayor de enfermedad grave, y que todas las sociedades de obstetricia y ginecología recomiendan la vacunación durante el embarazo.

**Dr. Frese:** Sí. Otro mito es que los efectos secundarios de la vacuna contra la COVID-19 son tan peligrosos como la COVID-19. Pero un análisis de los datos de ensayos clínicos publicados y de datos del mundo real reveló que, si bien el espectro de reacciones adversas relacionadas con la vacuna es extremadamente amplio, la mayoría de esas reacciones son tolerables y son, mayormente de grado 1-2 de gravedad. Así, por ejemplo, la fiebre suele ser leve y transitoria si aparece, es decir que dura apenas 1 o 2 días. Sin embargo, se han identificado algunas reacciones adversas graves, con una incidencia extremadamente baja, en especial en comparación con la enfermedad natural. Aquí vemos la cifra para eventos tromboembólicos: 21 a 75 casos por millón de dosis administradas. Miocarditis, pericarditis, 2 a 3 casos por millón de dosis administradas a los pacientes.

Se han descrito complicaciones neurológicas de las vacunas contra la COVID-19, pero son mucho más infrecuentes que las complicaciones neurológicas que pueden persistir por mucho tiempo después de las infecciones por el SARS-CoV2. Y la mayoría de los síntomas aparecen poco después de la vacunación y muchas personas se recuperan sin medicamentos en unos pocos días. En la siguiente diapositiva, vemos cifras comparadas entre las hospitalizaciones prevenidas asociadas con la COVID-19 previstas, es decir, evoluciones graves de la COVID-19, y casos previstos de miocarditis debida a la vacunación, separados por grupos etarios. Y pueden ver que, en especial en los adultos, los beneficios de evitar las hospitalizaciones superan por mucho el riesgo de casos de miocarditis, por ejemplo.

**Dra. Leonard:** Otro punto: “Las vacunas de ARN mensajero contra la COVID-19 alterarán mi ADN”. Y, por supuesto, esto surgió porque las personas se enteraron de lo que hay en estas

vacunas, de que tienen ARN mensajero. Entonces aparece una creencia de que existe evidencia de que la COVID-19 puede alterar el ADN y, de hecho, se ha convertido en un tema bien identificado en cuanto a los factores de predicción de rechazo a la vacuna. Debemos ser capaces de tranquilizar a nuestros pacientes e informarles que la tecnología de ARN mensajero de estas vacunas está en desarrollo desde hace casi 2 décadas y, nuevamente, debemos calmar a los pacientes y explicar que la traducción del antígeno ocurre en el citoplasma, no en el núcleo y, por lo tanto, es mucho menos posible que el ARN mensajero se integre al genoma, al ADN.

Los profesionales sanitarios siguen siendo los asesores más fiables y los que más influyen en las decisiones relacionadas con la asistencia sanitaria. He tenido pacientes que llegan a vacunarse contra la gripe y dicen: “No quiero una vacuna contra la COVID”. Y yo he tenido la oportunidad de hablar con ellos. Y una de las cosas que dicen es: “bueno, doctora, ¿usted se la aplicó?”. Y yo les he dicho: “Sí, yo me la apliqué”. Y entonces dicen: “Ah, bueno, si usted se la aplicó entonces debe estar bien, me la aplicaré yo también”. Pero también, además de eso, podemos dar a nuestros pacientes el consejo y la información, la información exacta, sobre la vacuna. Así que debemos estar al tanto de la situación local para anticiparnos a las inquietudes de los pacientes, y debemos ser capaces de personalizar la charla según la persona. Y la personalización incluye adaptar el mensaje o la información que se transmite a las creencias, actitudes y experiencias específicas de la persona para, de ese modo, mejorar la relevancia personal de la información y la probabilidad de que modifique el comportamiento.

**Dr. Frese:** ¿Cuáles podrían ser algunas estrategias de comunicación? Hacer preguntas para conocer inquietudes individuales, dar respuestas a preguntas específicas cuando sea posible. Es decir, tratar de evaluar las expectativas de los pacientes, sus inquietudes, los riesgos percibidos, etc. Reforzar los beneficios de las vacunas en varios encuentros si es necesario. Ese es el rol privilegiado que tenemos como médicos generalistas, vemos a los pacientes muchas veces y no es necesario resolver el problema en la primera consulta. Tener a la mano fuentes de información confiables, actualizadas y accesibles para repartir a los pacientes, para poder darles una guía clara y actualizada. Verificar repetidamente la comprensión mientras se conversa sobre la vacunación. Ajustar los estilos a los diferentes niveles de alfabetización, educación y lenguaje, como hacemos habitualmente en la práctica general, y luego dar un enfoque muy centrado en el paciente. Mantenernos siempre abiertos y con empatía.

**Dra. Leonard:** Hubo vías hacia la reticencia a la vacunación. ¿Cómo se llegó a que un paciente desarrollara reticencia a la vacunación? Estas son 2 vías, la lógica neoliberal que cree que la salud es una responsabilidad individual. Evalúan la información disponible y hacen una elección respecto de lo que es mejor para ellos. Y esto bien podría entrar en conflicto con los conceptos de salud pública y las campañas de vacunación. Entonces, tiene mucho que ver con una postura individual de “ya analicé esto y tomé una decisión”. Por otro lado, tenemos la exclusión social de grupos marginados que tal vez desconfíen de las instituciones. Sienten que el enorme gobierno no aborda realmente las necesidades de su pequeño grupo minoritario. Tal vez les falte un sentido de conexión social y, en realidad, es posible que se resistan a la vacunación como una forma de voluntad, una forma de decir “esto es lo que quiero hacer”. Por eso tienen reticencia a la vacunación.

Y también hay otras variantes de personas con reticencia a la vacunación. Algunas creen en teorías conspirativas. “Alguien va a monitorear mi ADN. Alguien va a poder hacer un seguimiento mío con esta vacuna”. Pero no todas las personas con reticencia a la vacunación creen en teorías conspirativas, e identificar los generadores subyacentes de reticencia mejora la comunicación y permite brindar información relevante.

**Dr. Frese:** Esta es una diapositiva muy importante, no olvidemos la regla, o RULE, es decir, los principios de la entrevista motivacional. R, de resistir los reflejos de corrección, no tratar de resistirse a la posición de la persona que tiene reticencia a la vacunación. U, de entender (understand en inglés) las motivaciones. Hacer preguntas que den a conocer los valores y las inquietudes, y escuchar. Aunque la lista de pacientes puede estar muy poblada, tratar de escuchar, dar la información al paciente con reticencia a la vacunación, aunque no se produzca el cambio automáticamente. Y empoderar al paciente; también es muy importante, guiar al paciente por el proceso de pensar en voz alta y decidir mejor, y cómo cambiar.

**Dra. Leonard:** Este es un programa muy interesante, en especial para mí que trabajo en el sur de Londres con una gran población de raza negra. Black Women in Health (Mujeres negras en la salud) es una organización sin fines de lucro del Reino Unido, y ha lanzado un programa de participación sobre la COVID-19 para educar a comunidades negras, asiáticas y de minorías étnicas en el Reino Unido en las que se ha demostrado una gran... Había una gran cantidad de personas con reticencia a la vacunación. Pudimos ver que teníamos verdaderos problemas para vacunar en esas comunidades. Entonces Black Women in Health empezó a participar en redes sociales, hicieron podcast en varios idiomas, que fueron hechos por personas dentro de sus propias comunidades. También hicieron un seminario web de 2 horas para desterrar los mitos que las personas oían sobre las vacunas contra la COVID-19. Y a ese seminario asistieron más de 150 miembros de las comunidades negras, asiáticas y de minorías étnicas. Y se logró cambiar algunas percepciones sobre las vacunas. Si vemos esto, o sea, sí, los números son pequeños, pero antes del seminario web, el 66% estaba dispuesto a vacunarse, pero logramos subir esa cifra al 90% después, y esto se repitió en todas las poblaciones de las comunidades negras, asiáticas y de minorías étnicas del Reino Unido. Eso marcó una gran diferencia en la aceptación de las vacunas.

**Dr. Frese:** Hay un pequeño ejemplo de caso; pensemos en una mujer de 37 años con asma grave como trastorno concomitante, que ya recibió 2 vacunas contra la COVID-19 en 2021, y su primera vacuna de refuerzo hace 10 meses, y está planificando quedar embarazada. ¿Cómo abordarían esta charla si ella tiene reticencia a recibir otro refuerzo y a recibir la siguiente vacuna de refuerzo? Pensemos en las reglas, solo pensemos en cómo abordar el caso de esta paciente.

**Dra. Leonard:** Ha sido difícil para nosotros los médicos generalistas tratar de que la gente se aplique las vacunas de refuerzo. Pero debemos recordar que hay una evolución de la reticencia a la vacunación, que ahora tenemos diferentes factores determinantes, que las personas con reticencia son distintas, que los determinantes estándar todavía persisten, las inquietudes sobre la eficacia, las inquietudes sobre la seguridad y, por supuesto, las redes sociales y la desinformación constante. Están apareciendo nuevos determinantes, en especial, la fatiga por la vacunación, un exceso de confianza en las dosis anteriores, o el hecho de haber contraído

COVID-19 antes, el riesgo de ómicron que se percibe como bajo, y la incertidumbre acerca de la eficacia contra cepas futuras. ¿Qué pasos podemos dar? Bueno, nosotros somos una fuente confiable de información. Debemos estar al tanto de la situación local para nosotros, y anticiparnos a las preguntas e inquietudes, y personalizar las charlas según las personas.

En este momento empezaremos con las preguntas y respuestas. Voy a preguntar ahora, ¿qué evidencia tenemos de la eficacia de las dosis de refuerzo contra la COVID-19 en pacientes que tuvieron COVID-19 en el pasado?

**Dr. Frese:** Sí. Básicamente, no tengo una población muy exacta para esta pregunta, pero básicamente, podemos decir que la prevención inmunitaria disminuye con el tiempo. Hay datos claros que muestran, nuevamente, que un paciente con vacuna de refuerzo se beneficiará con una evolución más leve de la COVID-19 si vuelve a adquirir la infección.

**Dra. Leonard:** Aquí tenemos otra pregunta.

**Dr. Frese:** Sí.

**Dra. Leonard:** Hay personas que igualmente contraen COVID-19 grave incluso después de la dosis de refuerzo. ¿Cómo se puede explicar eso?

**Dr. Frese:** No lo sé con seguridad, pero hay que decir que esos casos existen, todos lo sabemos por nuestra práctica, y tal vez la pregunta vaya en el sentido de “Muy bien, ¿por qué la vacunación no funcionó en ese paciente respectivo?”. Pero, por otro lado, también deberíamos pensar cómo sería la evolución si esa persona no hubiera recibido la vacunación básica y las dosis de refuerzo. En ese caso, ¿cuál habría sido la evolución? Y vemos eso con las infecciones por ómicron y las personas que no han tenido COVID-19 previamente, que siguen teniendo más probabilidades de tener una evolución más grave que las personas que se vacunaron.

**Dra. Leonard:** Sí, sí. Otra pregunta: las vacunas actuales están hechas para las primeras variantes, ¿cómo podemos convencer a las personas de que igual funcionan contra las cepas emergentes? ¿Tenemos evidencia de que funcionen contra las cepas emergentes? Es una pregunta importante, ¿no?

**Dr. Frese:** Sí, es una pregunta importante. Y es cierto que la vacunación que pueda adaptarse a la cepa actual llegará al mercado con bastante demora para la cepa actual, pero, por otro lado, deberíamos considerar que siempre hay una superposición que ocurre más o menos entre las cepas. Así que este es un punto importante; y otro punto importante, como se ha planteado para la gripe, por ejemplo, y las vacunas antigripales, es que si surge una nueva variante, que podría ser una variante de escape inmunitario parcial, también es bueno tener una protección de base y que eso podría ayudar a no desarrollar enfermedad grave. Y aunque vemos que ómicron y otras variantes son menos patogénicas con el tiempo, no podemos excluir la posibilidad de que podrían surgir nuevas variantes que sean un riesgo mucho más alto para nuestras poblaciones que lo que ómicron es en la actualidad.

**Dra. Leonard:** Sí. Entonces, tenemos que esperar que, por un lado, eso no pase. Debemos tener esperanza. Pero también, al estar vacunados contra ómicron y delta, hay cierta inmunidad basal contra una cepa emergente. Muchas gracias a todos por participar en esta actividad, espero que les haya resultado útil y educativa.

**Dr. Frese:** Muchas gracias.

*Esta transcripción no ha sido editada y corregida.*

### **Exención de responsabilidad**

Este documento es solo para fines educativos. No se otorgarán créditos de Formación médica continua (Continuing Medical Education, CME) por leer el contenido del presente documento. Para participar en esta actividad, visite [www.medscape.org/viewarticle/987018](http://www.medscape.org/viewarticle/987018)

Para preguntas relacionadas con el contenido de la presente actividad, comuníquese con el proveedor de esta actividad educativa a [CME@webmd.net](mailto:CME@webmd.net).

Para asistencia técnica, póngase en contacto con [CME@medscape.net](mailto:CME@medscape.net)

La actividad educativa aquí presentada puede incluir situaciones simuladas basadas en casos. Los pacientes que se describen en esas situaciones son ficticios y no se pretende establecer ni se debe inferir ninguna relación con pacientes reales, ya sea vivos o fallecidos.

El material aquí presentado no refleja necesariamente las opiniones de Medscape, LLC, o de las personas o entidades comerciales que apoyan a las empresas que patrocinan los programas educativos en [medscape.org](http://medscape.org). Estos materiales pueden incluir el análisis de productos terapéuticos que no han sido autorizados por la Agencia Europea de Medicamentos para uso en Europa, usos fuera de indicación de productos aprobados o datos que se presentaron en forma de resumen. Estos datos deben considerarse preliminares hasta que se publiquen en una revista con revisión externa. Los lectores deben verificar toda la información y los datos antes de tratar a pacientes o aplicar cualquiera de los tratamientos que se describen en esta o cualquier otra actividad educativa. Antes de utilizar cualquiera de los productos terapéuticos que aquí se comentan, se debe consultar a un profesional sanitario cualificado.

Medscape Education © 2023 WebMD Global, LLC