

CALENDARIO DE VACUNACIONES DEL ADOLESCENTE

Documento de consenso



sema

Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia

Autores

M^a Inés Hidalgo Vicario
Federico de Montalvo Jääskeläinen
Federico Martínón-Torres
Fernando Moraga-Llop

M^a José Cilleruelo Ortega
Abián Montesdeoca Melián
José Tomás Ramos Amador
Álvaro Morán Bayón
Isabel Jimeno Sanz
Fernando García-Sala Viguer
Javier Benito Fernández

CALENDARIO DE VACUNACIONES DEL ADOLESCENTE

Documento de consenso



sema

Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia

Cómo citar este libro:

Hidalgo Vicario MI, De Montalvo Jääskeläinen F, Martín-Torres F, Moraga-Llop F, Cilleruelo Ortega MJ, Montesdeoca Melián A, Ramos Amador JT, Morán Bayón A, Jimeno Sanz J, García-Sala Viguer F, Benito Fernández J. Calendario de vacunaciones del adolescente. Documento de Consenso. Madrid: Undergraf; 2021.

El contenido de esta obra refleja las opiniones, los criterios, las conclusiones o los hallazgos propios de los autores. Cualquier producto mencionado deberá ser utilizado de acuerdo con la ficha técnica del fabricante.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso escrito de los titulares del Copyright.

© Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA), 2021

1.ª Edición 2021

Fecha de publicación: diciembre de 2021

ISBN: 978-84-09-36694-1

DL: M-35633-2021

Impreso en España por Undergraf S.L.

«La ciencia es el futuro de la humanidad.»
Louis Pasteur (1822-1895)

A los niños y adolescentes,
que son nuestro futuro,
y a sus familias y los profesionales sanitarios,
que les acompañan en esta etapa tan crucial.

ORGANIZACIÓN Y PATROCINIO

Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA)

COMITÉ DE REDACCIÓN

M.^a Inés Hidalgo Vicario, coordinadora
Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA)

Federico de Montalvo Jääskeläinen
Comité de Bioética de España

Federico Martín-Torres
Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago,
Grupo de Genética, Vacunas, Infecciones y Pediatría (GENVIP)

Fernando Moraga-Llop
Asociación Española de Vacunología (AEV)

SOCIEDADES CIENTÍFICAS PARTICIPANTES

Asociación Española de Pediatría (AEP)
<https://www.aeped.es>

M.^a José Cilleruelo Ortega

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)
<https://www.aepap.org>

Abián Montesdeoca Melián

Asociación Española de Vacunología (AEV)

<https://www.vacunas.org>

Fernando Moraga-Llop

Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP)

<https://www.seipweb.es/>

José Tomás Ramos Amador

Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA)

<https://www.adolescenciasema.org>

M.^a Inés Hidalgo Vicario

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen)

<https://www.semergen.es>

Álvaro Morán Bayón

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMg)

<https://www.semg.es>

Isabel Jimeno Sanz

**Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y
de Atención Primaria (SEPEAP)**

<https://sepeap.org>

Fernando García-Sala Viguer

Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP)

<https://seup.org>

Javier Benito Fernández

ÍNDICE

Abreviaturas.....	9
Resumen ejecutivo	11
Executive summary	17
Introducción.....	25
Calendario de vacunaciones del adolescente.....	27
Calendario común de vacunaciones a lo largo de toda la vida del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2021)	27
Calendario de la Asociación Española de Pediatría (2021).....	28
Otras vacunas a considerar en el adolescente. Hacia el calendario del futuro.....	28
Necesidades de salud y retos en la atención del adolescente en relación con la vacunación.....	30
Barreras para la vacunación de los adolescentes.....	35
Estrategias generales para vacunar.....	36
Estrategias para la aproximación al adolescente	37
Estrategias para la aproximación a los padres.....	39
La transición: el paso del pediatra al médico de adultos	41
Aspectos bioéticos y legales.....	43
Otras medidas para mejorar la vacunación	46
Conclusiones	47
Bibliografía	49
Anexo. Aspectos bioéticos y legales.....	53

ABREVIATURAS

AEP: Asociación Española de Pediatría.

AEPap: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

AEV: Asociación Española de Vacunología

CAV-AEP: Comité Asesor de Vacunas de la AEP.

SARS-CoV-2: coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo grave.

SEIP: Sociedad Española de Infectología Pediátrica.

SEMA: Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia.

SEMERGEN: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.

SEMG: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

SEPEAP: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria.

SEUP: Sociedad Española de Urgencias Pediátricas.

Td: vacuna frente al tétanos y la difteria con toxoide tipo adulto.

Tdpa: vacuna frente al tétanos, la difteria con toxoide tipo adulto y la tosferina con componentes acelulares de carga antigénica reducida.

VPH: virus del papiloma humano.

VPI: vacuna antipoliomielítica inactivada.

RESUMEN EJECUTIVO

En este documento se expone el calendario de vacunaciones del adolescente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y se detalla el que la Asociación Española de Pediatría (AEP), a través de su Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP), recomienda para este grupo de edad. También se propone una serie adicional de vacunas que tienen indicación a juicio del profesional que atiende al adolescente, o una recomendación sujeta a determinadas circunstancias (viajes, factores de riesgo), y que podrán incorporarse progresivamente en el calendario de vacunaciones del adolescente.

Calendario común de vacunaciones a lo largo de toda la vida del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2021)¹

Se incluyen las siguientes vacunaciones en el adolescente sano:

- Vacuna antimeningocócica tetravalente ACWY a los 12 años.
- Vacuna frente al virus varicela-zóster, con dos dosis, en quienes refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunados con anterioridad con dos dosis.
- Vacuna frente al VPH a los 12 años solo en las chicas.
- Vacuna Td a los 14 años.
- Vacunación de rescate a los 15-18 años: Td, poliomielitis, triple vírica, hepatitis B, antimeningocócica ACWY, varicela y VPH.
- Vacuna frente al SARS-CoV-2 (vacuna ARNm) desde los 5 años y repesca durante toda la adolescencia.

Según acuerdo de la Comisión de Salud Pública (14 de marzo de 2019), en la vacunación a los 12 años de edad se ha sustituido la vacuna frente al meningococo C por la vacuna tetravalente ACWY. Además, se realizarán una captación activa y la vacunación de varias cohortes de adolescentes y adultos jóvenes. Con la finalidad de establecer una protección comunitaria, se hará una

vacunación de rescate de manera coordinada en todas las comunidades autónomas, durante 2-3 años, para cubrir la población hasta los 18 años

Además de las vacunas incluidas en este calendario, se tendrán en cuenta las recomendaciones de vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones².

Calendario de la Asociación Española de Pediatría (2021)³

Este calendario, que es el que consultan y siguen la mayoría de los pediatras, además de las recomendaciones ya recogidas en el calendario del Consejo Interterritorial incluye las siguientes:

- Vacuna Tdpa a los 12-14 años, en vez de solo Td, tal como se realiza ya en el Principado de Asturias
- Vacuna universal frente al VPH, tanto en chicas como en chicos, preferentemente a los 12 años.

Otras vacunas a considerar en el adolescente.

Hacia el calendario del futuro

Además de las vacunas recomendadas en el calendario del Consejo Interterritorial y en el calendario de la AEP, existen otras vacunas o pautas vacunales que se pueden recomendar ya de forma individualizada a juicio del profesional y que podrían incorporarse progresivamente en el calendario de vacunaciones del adolescente, siguiendo el ejemplo de otras regiones o países⁴:

- Vacuna antihepatitis A a los 10 años. Cataluña, Ceuta y Melilla la tienen incorporada en el calendario de su comunidad. En el resto de las comunidades autónomas se vacuna siguiendo las recomendaciones de vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones³.
- Vacuna antigripal tetravalente anual.
- Vacuna antimeningocócica B a los 14-18 años con pauta de dos dosis.

Se considera esencial aprovechar cualquier oportunidad para la información y la vacunación individualizada del adolescente, y para completar el calendario de adolescentes no vacunados o incompletamente vacunados con las vacunas triple vírica, de la varicela o de la hepatitis B. En este sentido, las campañas de vacunación masiva frente al SARS-CoV-2 constituyen una oportunidad única de información, educación y actualización práctica de los calendarios vacunales vigentes para los adolescentes, una vez que se ha autorizado la coadministración de esta vacuna con cualquier otra. Igualmente, debe considerarse el calendario de vacunaciones del adolescente en circunstancias especiales (embarazo, inmunodepresión, enfermedades crónicas, profilaxis posexposición) y del adolescente viajero.

Características propias de la adolescencia

En los adolescentes hay que tener en cuenta ciertas características de este grupo de edad⁵:

- Acuden menos a la consulta del médico que los niños y sus coberturas vacunales son menores.
- A partir de los 14-16 años (varía según las comunidades autónomas) pasan de la atención pediátrica a la atención médica del adulto (periodo de transición), y si este paso no está bien organizado puede condicionar que no se complete adecuadamente el calendario de vacunaciones.
- Muestran peculiaridades típicas según su desarrollo: adolescencia inicial, media y tardía.
- Es un periodo problemático y de alto riesgo, pues aunque conocen los riesgos, actúan como si estos no existieran.
- Viajan mucho por intercambios, formación o turismo.
- Desconocen sus necesidades de salud.

Por todo ello, los profesionales sanitarios deben aprovechar para constatar el estado vacunal en los controles periódicos de salud y

de forma oportunista por cualquier consulta: patología aguda, certificados escolares o deportivos, viajes al extranjero, etc.

Retos y barreras en la vacunación de los adolescentes

Para vacunar a esta población se presentan diversos retos y barreras, tanto por parte de los profesionales sanitarios como de los padres y los propios adolescentes. Ante esto, las posibles estrategias para aumentar la vacunación incluyen^{6,7}:

- Respecto al profesional, la formación es prioritaria, y este debe recomendar firmemente y de forma universal la vacunación. Cada consulta es una oportunidad («ahora o nunca») para vacunar, ya que puede que el adolescente no vuelva. El profesional debe evitar las falsas contraindicaciones, explorar los valores y las preocupaciones tanto de los padres como del adolescente, y aclarar todas sus dudas, centrándose en los beneficios de las vacunas (enfermedades que previenen). Se comentan actuaciones inútiles y útiles para conseguir la vacunación. Si hay rechazo de los padres o del joven, el profesional siempre debe perseverar.
- Es importante saber entrevistar a los adolescentes, adaptarse a su nivel de desarrollo y tener en cuenta la privacidad, la confidencialidad y la empatía, haciendo de abogado o consejero, y nunca de juez. Son fundamentales la educación para la salud y la entrevista motivacional.
- En cuanto a los padres, es preciso saber aproximarse según la posición que tengan frente a las vacunas, establecer confianza y reconocer su autonomía, informar y educar sobre las posibles consecuencias de no vacunar, y usar el estilo guía, la entrevista motivacional y los recordatorios de vacunación.

Paso del pediatra al médico de adultos

Se debe organizar la «transición», el paso del cuidado del pediatra al del médico de adultos, tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria, para asegurar un cuidado médico de alta

calidad sin interrupción, incluyendo el calendario de vacunaciones. Este es un proceso dinámico, no un evento, que debe ser gradual y multidisciplinario⁸.

Otras medidas para mejorar las coberturas vacunales en los adolescentes

Se exponen otras medidas para mejorar las coberturas vacunales de esta población: uso de medios de comunicación y redes sociales, entrenamiento de padres y adolescentes para que eduquen y extender las vacunaciones a otros lugares, allí donde se encuentran los adolescentes, entre otras.

Aspectos bioéticos y legales

Por último, se exponen los aspectos bioéticos y legales que hay que tener siempre en cuenta en la atención a todos los pacientes. En España, la vacunación no es obligatoria y la negativa de los padres a vacunar a sus hijos plantea un serio conflicto de valores entre su derecho a no vacunarlos (según sus ideas o creencias) y el deber de la justicia (proteger del riesgo al hijo no vacunado y, por ende, a la comunidad)⁹. En el Anexo se contestan algunas de las preguntas de mayor interés que se plantean.

Confiamos que este proyecto sea de utilidad para todos los profesionales sanitarios que atienden a este grupo de edad para mejorar las coberturas vacunales y con ello la calidad de vida y la salud integral de los adolescentes.

Bibliografía

1. Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Calendario recomendado año 2021. (Consultado el 12 de junio de 2021.) Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/docs/CalendarioVacunacion_Todalavida.pdf
2. Grupo de trabajo de vacunación en población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en grupos

de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018.

3. Álvarez García FJ, Cilleruelo Ortega MJ, Álvarez Aldeán J, Garcés Sánchez M, García Sánchez N, Garrote Llanos E, et al. Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2021. *An Pediatr (Barc)*. 2021;94:e1-53.e10
4. Moraga Llop F. Calendario de vacunaciones del adolescente. *Adolescere*. 2021;9:17-27.
5. Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Molinero L, Muñoz Calvo MT, editores. *Medicina de la adolescencia. Atención integral*. 3.ª ed. Madrid: Ergon; 2021.
6. Hidalgo Vicario MI. Estrategias para mejorar la vacunación del adolescente. Parte 2. *Adolescere*. 2018; VI(3):57-69
7. Bernstein HH, Bocchini JA, Committee on Infectious Diseases. Practical approaches to optimize adolescent immunization. *Pediatrics*. 2017;139:e20164187
8. White PH, Cooley WC; Transitions Clinical Report Authoring Group; American Academy of Pediatrics; American Academy of Family Physicians; American College of Physicians. Supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home. *Pediatrics*. 2018;142:e20182587.
9. De Montalvo Jääskeläinen F. Vacunas. Aspectos legales En: Hidalgo Vicario MI, Montón Álvarez JL, editores. *Vacunas. Algo más que el calendario vacunal. Cuestiones y respuestas*. 3.ª ed. Madrid: Undergraf; 2017. p. 539-51.

EXECUTIVE SUMMARY

This document presents the adolescent vaccination schedule of the Spanish National Health System Interterritorial Council and details the adolescent vaccination schedule recommended by the Spanish Pediatric Association (AEP), through its Vaccine Advisory Committee (CAV). Finally, this working group suggests an additional series of vaccines that may be indicated in the opinion of the professional who cares for the adolescent, or recommended in certain circumstances (travel, risk factors), and hence, may be progressively incorporated in the vaccination schedule of the adolescent.

National Health System Interterritorial Council shared vaccination schedule, to be implemented throughout the whole life (2021)¹

The following immunizations are included in the healthy adolescent:

- Quadrivalent meningococcal ACWY vaccine at 12 years of age.
- Varicella-zoster virus vaccine, requiring two doses, in those who report not previously having had the disease or been vaccinated with two doses.
- HPV (Human papilloma virus) vaccine at age 12 years-old, only in girls.
- Td (Tetanus, Diphtheria) vaccine at age 14 years.
- Booster vaccination at 15-18 years-old: Td, polio, MMR (measles, mumps, rubella), hepatitis B, meningococcal ACWY, chickenpox and HPV.
- SARS-CoV-2 vaccine (mRNA vaccine) from 5 years of age and booster throughout adolescence.

In the Spanish Public Health Commission, it was agreed (March 14th, 2019) that meningococcal C vaccination at 12 years of age

will be replaced by the quadrivalent ACWY vaccine. Furthermore, an active campaign to identify and vaccinate various cohorts of adolescents and young adults will be commenced. With the aim to establish community protection, a booster vaccination will be carried out in a coordinated manner in all Spanish territories (autonomous communities), during 2-3 years, so as to cover the population up to 18 years of age.

In addition to the vaccines included in this calendar, the vaccination recommendations for at-risk groups of all ages and for specific situations included in the Program Report and Vaccination Registry, will be taken into account².

Calendar of the Spanish Pediatric Association (2021)³

This calendar represents the most consulted and followed vaccination schedule by pediatricians in Spain. Besides the recommendations already comprised in the calendar of the Interterritorial Council, it includes the following:

- Tdpa vaccine at 12-14 years of age, instead of Td only, as it is already being performed in the Autonomous Community of Asturias.
- Universal vaccine against HPV, both for girls and boys, preferably at 12 years of age.

Other vaccines to consider in the adolescent.

Advancing towards the schedule of the future

In addition to the vaccines recommended in the calendar of the Interterritorial Council and the calendar of the Spanish Association of Pediatrics, there are other vaccines or vaccination guidelines that can already be recommended individually according to the professional's judgment and that could be progressively incorporated into the vaccination calendar of the adolescent following the example of other regions or countries⁴:

- Hepatitis A vaccine at age 10 years-old. Catalonia, Ceuta and Melilla have incorporated it in the calendar of their territories. The rest of the Autonomous Communities vaccinate following the immunization recommendations for at-risk groups of all ages and in certain situations³.
- Meningococcal B vaccine at 14-18 years-old, with a two-dose regimen.
- Annual quadrivalent influenza vaccine.

Taking advantage of any opportunity to provide individualized information and vaccination of adolescents is considered crucial, as well as to complete the calendar of adolescents not vaccinated or incompletely vaccinated against MMR, chickenpox or hepatitis B. Thus, mass vaccination campaigns against SARS- CoV-2 constitute a unique opportunity for information, education and updating the current vaccination schedules in adolescents, once the co-administration of these vaccines has been authorized. Likewise, consideration must be taken with the calendar of adolescents in special circumstances (pregnancy, immunosuppression, chronic disease, post-exposure prophylaxis) and that of the traveling adolescent.

Characteristics of adolescence

This document also addresses particular characteristics of adolescents⁵ that must be considered so as to optimize their medical care:

- Their attendance to the doctor's office is lower than children and their vaccination coverage is lower.
- The «transition» from pediatric care to adult medical care, ranges between 14-16 years of age (varies depending on the Autonomous Community), and if not well organized it may lead to inadequate completion of the vaccination schedule.
- They manifest typical peculiarities according to their development stage: early, middle and late adolescence.

- This is a high-risk troublesome period, where, although they may be aware of the risks, they act as if these were non-existent.
- They travel plenty for exchanges, training, tourism.
- They are unaware of their health needs.

Therefore, health professionals should take the opportunity to verify the vaccination status in periodic health checks and opportunistically for any consultation regarding: acute illnesses, academic or sport certificates, travelling abroad, etc.

Challenges and barriers when vaccinating adolescents

Similarly, the challenges and barriers to vaccinate this population are raised, both by health professionals and by parents and adolescents themselves, as well as the strategies to increase vaccination rates, including^{6,7}:

- Regarding the professional, training is a priority, and he must firmly and universally recommend vaccination. Each visit is an opportunity (“now or never”) to vaccinate, since the adolescent may not return to the clinic. The professional must avoid false contraindications, explore the values and concerns of both parents and adolescents, and clarify all their doubts, focusing on the benefits of vaccines (the diseases that they prevent). Useless and useful actions to achieve vaccination are discussed. If there is rejection of the parents or the young person to vaccination, the professional must always persevere.
- In strategies with adolescents, it is important to know how to interview them, adapting to their level of development and taking into account privacy, confidentiality and empathy by acting as a lawyer or counselor, instead of as a judge. Health education and motivational interviewing are essential.
- Regarding the strategies with parents, it is necessary to know how to approach them according to their views on vaccines, establishing trust and recognizing their autonomy, informing and educating on the possible consequences of not vaccinat-

ing, and using the guiding style, the motivational interview and vaccination reminders.

Switching from pediatric to adult care

There is intention to organize the “transition period”, the shift from pediatric care to adult care, both in the hospital and in primary care settings, so as to ensure high-quality medical care without interruption, which includes the vaccination schedule. This is a dynamic process, not a single event, which must be gradual and multidisciplinary⁸.

Other measures to improve vaccination coverage in adolescents

Other measures to improve the vaccination coverage of this population are presented: the use of social media and networks, training parents and adolescents to educate and extend vaccinations in other settings, for instance those where adolescents gather, among others.

Bioethical and legal aspects

Finally, the bioethical and legal aspects that must always be taken into account in the care of all patients are presented. Vaccination is not compulsory in our country, hence the refusal of parents to vaccinate their children raises a serious conflict of values between their right to not vaccinate them (according to their ideas or beliefs) and the duty of justice (to protect the unvaccinated child from risk and, therefore protect the community)⁹. Some of the most interesting questions posed are answered in the Annex.

We trust that this project will be useful for all health professionals who serve this age group, in order to improve vaccination coverage, and thus, the quality of life and overall health of adolescents.

References

1. Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Calendario recomendado año 2021. (Consultado el 12 de junio de 2021.) Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/docs/CalendarioVacunacion_Todalavida.pdf
2. Grupo de trabajo de vacunación en población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018.
3. Álvarez García FJ, Cilleruelo Ortega MJ, Álvarez Aldeán J, Garcés Sánchez M, García Sánchez N, Garrote Llanos E, et al. Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2021. *An Pediatr (Barc)*. 2021;94:e1-53.e10
4. Moraga Llop F. Calendario de vacunaciones del adolescente. *Adolescere*. 2021;9:17-27.
5. Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Molinero L, Muñoz Calvo MT, editores. *Medicina de la adolescencia. Atención integral*. 3.ª ed. Madrid: Ergon; 2021.
6. Hidalgo Vicario MI. Estrategias para mejorar la vacunación del adolescente. Parte 2. *Adolescere*. 2018; VI(3):57-69
7. Bernstein HH, Bocchini JA, Committee on Infectious Diseases. Practical approaches to optimize adolescent immunization. *Pediatrics*. 2017;139:e20164187
8. White PH, Cooley WC; Transitions Clinical Report Authoring Group; American Academy of Pediatrics; American Academy of Family Physicians; American College of Physicians. Supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home. *Pediatrics*. 2018;142:e20182587.
9. De Montalvo Jääskeläinen F. Vacunas. Aspectos legales En: Hidalgo Vicario MI, Montón Álvarez JL, editores. *Vacunas. Algo más que el calendario vacunal. Cuestiones y respuestas*. 3.ª ed. Madrid: Undergraf; 2017. p. 539-51.

DOCUMENTO DE CONSENSO



INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo con cambios significativos del desarrollo, tanto físicos como psicosociales y conductuales, en el que se establecen patrones de comportamiento que determinan la salud actual y futura. Abarca aproximadamente la segunda década de la vida y se suele esquematizar en tres fases o etapas que pueden superponerse: adolescencia inicial, media y tardía.

La vacunación representa uno de los hitos más destacables en la historia de la investigación biomédica, debido a su capacidad para disminuir la morbimortalidad asociada a las enfermedades infecciosas, contribuyendo de forma importante a mejorar el estado de salud y por tanto la esperanza de vida de la población.

En general, los programas de vacunación se han centrado preferentemente en lactantes y niños, sin tener en cuenta que los adolescentes continúan padeciendo enfermedades infecciosas, para las que se dispone de vacunas eficaces. Ejemplos de ello son los brotes de sarampión y el aumento de la incidencia de tosferina en los últimos años, sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes, en países con coberturas vacunales elevadas. La vacunación se debe continuar desde la infancia hasta la adolescencia y la edad adulta, para que su acción preventiva sea eficaz y no reaparezcan enfermedades ya desaparecidas en el niño (como el sarampión). Desde 2018, el calendario común de vacunación infantil se ha convertido en el calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida.

El calendario de vacunaciones del adolescente se ha enriquecido en los últimos años con la autorización de nuevas vacunas: vacuna triple bacteriana de baja carga antigénica del componente *Bordetella pertussis* o Tdpa (especialidades autorizadas: Tdpa tricomponente para *B. pertussis* y Tdpa pentacomponente para *B. pertussis*), vacuna combinada Tdpa-VPI (especialidad autorizada: Tdpa tricomponente para *B. pertussis*), vacuna tetravírica (sarampión, rubeola, parotiditis y varicela), vacunas frente al vi-

rus del papiloma humano (VPH), vacunas antigripales tetravalentes y vacunas frente a cinco serogrupos de *Neisseria meningitidis* (ACWY y B). Además, el 28 de mayo de 2021, la Agencia Europea de Medicamentos autorizó la vacuna de ARNm contra la COVID-19 de Pfizer-BioNTech (Comirnaty) para adolescentes de 12 a 15 años (estaba ya aprobada para mayores de 16 años), y el 23 de julio autorizó la vacuna del mismo tipo de Moderna (Spikevax) para adolescentes de 12 a 17 años (ya había sido aprobada para mayores de 18 años).

Las coberturas vacunales en los adolescentes son más bajas, en todos los países, que las correspondientes a los primeros 2 años de la vida, cuando el niño tiene mucho más contacto con el sistema sanitario debido a los controles periódicos de salud.

Conscientes de la necesidad de mejorar la vacunación durante la adolescencia, la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA), en colaboración con la Asociación Española de Pediatría (AEP), la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), la Asociación Española de Vacunología (AEV), la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria (SEPEAP) y la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP), ponen en marcha el proyecto *Calendario de vacunaciones del adolescente*. En este documento se abordan las características propias de la adolescencia, cuáles son los retos y las barreras para vacunar a esta población, tanto por parte de los profesionales sanitarios como de los padres y los propios adolescentes, y las estrategias para aumentar la vacunación. Igualmente, se pretende organizar la «transición», el paso del cuidado del pediatra al del médico de adultos, tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria, y los aspectos bioéticos y legales que hay que tener en cuenta.

CALENDARIO DE VACUNACIONES DEL ADOLESCENTE

Se expone a continuación el calendario de vacunaciones del adolescente actualmente vigente a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Además, se detalla el calendario de vacunación del adolescente que recomienda la AEP a través de su CAV-AEP, y que es seguido por la mayoría de los pediatras españoles. Finalmente, este grupo de trabajo propone una serie adicional de vacunas que tienen una indicación a juicio del profesional que atiende al adolescente, o una recomendación sujeta a determinadas circunstancias (viajes, factores de riesgo), y que podrán incorporarse progresivamente en el calendario de vacunaciones del adolescente¹⁻⁸.

Calendario común de vacunaciones a lo largo de toda la vida del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2021)¹

Se incluyen las siguientes vacunaciones en el adolescente sano:

- Vacuna antimeningocócica tetravalente ACWY a los 12 años.
- Vacuna frente al virus varicela-zóster, con dos dosis, en quienes refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunados con anterioridad con dos dosis.
- Vacuna frente al VPH a los 12 años solo en las chicas.
- Vacuna Td a los 14 años.
- Vacunación de rescate a los 15-18 años: Td, poliomielitis, triple vírica, hepatitis B, antimeningocócica ACWY, varicela y VPH.
- Vacuna frente al SARS-CoV-2 (vacuna ARNm) desde los 5 años y repesca durante toda la adolescencia.

Según acuerdo de la Comisión de Salud Pública (14 de marzo de 2019), en la vacunación a los 12 años se ha sustituido la vacuna frente al meningococo C por la vacuna tetravalente ACWY. Además, se realizarán una captación activa y la vacunación de varias

cohortes de adolescentes y adultos jóvenes. Con la finalidad de establecer una protección comunitaria, se hará una vacunación de rescate de manera coordinada en todas las comunidades, durante 2-3 años, para cubrir la población hasta los 18 años de edad, aunque lo cierto es que esta repesca no se está realizando de forma coordinada y son varias las comunidades autónomas que no van a cumplir con los plazos estipulados por el Ministerio.

Además de las vacunas incluidas en este calendario, se tendrán en cuenta las recomendaciones de vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones².

Calendario de la Asociación Española de Pediatría (2021)³

Este calendario, que es el que consultan y siguen la mayoría de los pediatras, además de las recomendaciones ya recogidas en el calendario interterritorial incluye las siguientes:

- Vacuna Tdpa a los 12-14 años, en vez de solo Td, tal como se realiza ya en el Principado de Asturias
- Vacuna universal frente al VPH, tanto en chicas como en chicos, preferentemente a los 12 años.

Otras vacunas a considerar en el adolescente.

Hacia el calendario del futuro⁴

Además de las vacunas recomendadas en los calendarios del Consejo Interterritorial y de la AEP, existen otras vacunas o pautas vacunales que se pueden recomendar de forma individualizada a juicio del profesional y que podrían incorporarse progresivamente en el calendario de vacunaciones del adolescente, siguiendo el ejemplo de otras regiones o países.

Estas vacunas son:

- Vacuna antihepatitis A a los 10 años. Cataluña, Ceuta y Melilla la tienen incorporada en el calendario de su comunidad. El resto

de las comunidades autónomas vacunan siguiendo las recomendaciones de vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones².

- Vacuna antigripal tetravalente anual.
- Vacuna antimeningocócica B a los 14-18 años con pauta de dos dosis.

Se considera esencial aprovechar cualquier oportunidad para la información y la vacunación del adolescente, siguiendo las recomendaciones arriba detalladas, y para completar el calendario de adolescentes no vacunados o incompletamente vacunados con las vacunas triple vírica, varicela o hepatitis B. En este sentido, las campañas de vacunación masiva frente al SARS-CoV-2 constituyen una oportunidad única de información, educación y actualización práctica de los calendarios vacunales vigentes en los adolescentes, una vez que se ha autorizado la coadministración de esta vacuna con cualquier otra. Igualmente, debe considerarse el calendario de los adolescentes en circunstancias especiales (embarazo, inmunodepresión, enfermedades crónicas, profilaxis posexposición) y el del adolescente viajero.

NECESIDADES DE SALUD Y RETOS EN LA ATENCIÓN DEL ADOLESCENTE EN RELACIÓN CON LA VACUNACIÓN

Es sabido que la adolescencia es el periodo más sano de la vida desde el punto de vista orgánico, y diversos estudios han mostrado que la mayoría de los jóvenes se sienten con buena salud, lo que probablemente ha condicionado que no se haya tenido en cuenta la atención a su salud tanto por parte de los profesionales sanitarios como de la familia, la sociedad y el propio adolescente. No obstante, es un periodo muy problemático y de alto riesgo. La mayoría de sus problemas de salud son consecuencia de los comportamientos y hábitos que se inician en esta edad: lesiones, accidentes, no vacunarse, delincuencia, consumo de drogas, conductas sexuales de riesgo que conducen a infecciones y embarazos no deseados, y problemas de salud mental y de la conducta, entre otros. La Organización Mundial de la Salud estima que el 70% de las muertes prematuras de adultos se deben a conductas iniciadas en la adolescencia, y es preciso tener en cuenta que la mayoría de estas conductas son prevenibles^{9,10}.

Los adolescentes también presentan patologías propias de su desarrollo biológico (escoliosis, acné, dismenorrea, etc.) y psicosocial, enfermedades infecciosas como en otras épocas de la vida, patologías del adulto que pueden ser detectadas mientras son asintomáticas (hipertensión, hiperlipidemia, obesidad, etc.) y enfermedades crónicas por las cuales hace años se fallecía antes de llegar a la adolescencia (cánceres, leucemias, cardiopatías congénitas, etc.); de ahí la importancia de continuar la vacunación durante esta etapa.

En la atención a los adolescentes hay que tener en cuenta varios aspectos:

- Acuden menos a la consulta del médico que los niños, por diversas razones⁸: burocratización del sistema, inadecuada atención por parte del profesional debido a falta de tiempo,

de formación o de interés, etc. El adolescente es un paciente «incómodo» para los pediatras y los médicos de familia. Cabría hacer un esfuerzo para que los pediatras se formen en la patología del adolescente. También en muchas ocasiones el adolescente no sabe a dónde acudir, no sabe quién es su médico o le falta confianza, y otras veces niega o infravalora sus problemas y retrasa la consulta.

- A partir de los 14-16 años (varía según las comunidades autónomas) pasan de la atención pediátrica a la atención médica del adulto, lo que se conoce como «periodo de transición», y si este no está bien organizado puede condicionar que no se complete adecuadamente el calendario de vacunaciones.
- Las coberturas vacunales son menores que en los niños. En el año 2019, el Ministerio de Sanidad publicó las últimas coberturas vacunales de los adolescentes en España¹¹, si bien no se dispone de los datos de cinco comunidades autónomas:
 - Sexta dosis de vacuna Td a los 14 años de edad: 83,4%.
 - Vacunación frente al VPH a los 11-12 años: 79% (75,1% y 91% como valores extremos de las comunidades autónomas), pero el 89,3% ha recibido la primera dosis.
 - Vacunación frente al meningococo del serogrupo C a los 12 años: 88,5% (13,3% con vacuna ACWY).
- Muestran peculiaridades típicas según su desarrollo: adolescencia inicial, media y tardía. Durante la adolescencia se pasa del pensamiento concreto de la adolescencia inicial al pensamiento abstracto con proyección de futuro de la adolescencia media y tardía^{9,10}. Es preciso que el profesional conozca en qué estadio de desarrollo se encuentra el joven, para saber cómo actuar y mejorar la vacunación:
 - Adolescencia inicial (9-13 años): hay inmadurez y muy poco interés por las cosas que les afectan, incluyendo las vacunas; viven el presente y no comprenden las consecuencias de sus

actos ni los beneficios futuros de las vacunas; tienen miedo a las agujas y al dolor. Aquí son los padres quienes deciden la vacunación; es importante educar a padres y adolescentes.

- Adolescencia media (14-17 años): aumenta la habilidad cognitiva y quieren participar en las decisiones que les atañen. Están preocupados por cuidar su cuerpo y hacerlo más atractivo. Se implican en luchas de poder con los padres para obtener su independencia. Sufren más riesgos por la necesidad de experimentar y por su sentimiento de omnipotencia e inmortalidad. También a estas edades los padres suelen decidir la vacunación. Sigue siendo importante educar y explicar la importancia y los beneficios de las vacunas que se van a administrar.
- Adolescencia tardía (18-21 años): hay una mayor habilidad cognitiva, con un pensamiento flexible y con proyección de futuro. Aceptan los cambios experimentados y se establecen relaciones de pareja. Deben comprender, respecto a las vacunas, la importancia de las enfermedades que previenen, el riesgo individual y la posibilidad de ser reservorio. También deben conocer que determinadas vacunas en las mujeres (por ejemplo, tétanos, tosferina, hepatitis B o gripe) conllevan una protección para su descendencia. En esta época se les debe tratar como adultos e implicarles en las decisiones que tienen que ver con su vida. Sigue siendo fundamental la educación.
- Es un periodo problemático y de alto riesgo: aunque conocen los riesgos, actúan como si estos no existieran. Desde los trabajos de Giedd¹² se sabe que se desarrollan antes los circuitos cerebrales de la recompensa que las zonas relacionadas con la planificación y el control emocional (la corteza prefrontal).
- Viajan mucho: intercambios, formación, turismo, etc.
- Desconocen sus necesidades de salud en relación con las vacunas: deben saber que las vacunas son seguras y conocer los

beneficios individuales y colectivos que producen, que los riesgos siempre son menores que las ventajas de las vacunas, que las enfermedades inmunoprevenibles siguen existiendo y que no hay otras alternativas eficaces. También deben comprender que los individuos no vacunados tienen mayor posibilidad de adquirir enfermedades y que no es mejor padecer la enfermedad que vacunarse, así como que estar vacunado no aumenta la probabilidad de adquirir la infección y que las vacunas no sobrecargan el sistema inmunitario.

En resumen, las características propias de esta edad que hay que tener en cuenta son: omnipotencia e invulnerabilidad, experimentación, presión de los pares y conformidad con el grupo, idealización e identificación con las ideas opuestas a los padres, transgresión de las normas para reafirmar su autonomía e identidad, y dificultad para postergar y planificar.

Por todo ello, se aprovechará para constatar el estado vacunal en los controles periódicos de salud y la oportunidad que da la consulta por cualquier patología aguda, certificados escolares o deportivos, viajes al extranjero, etc. También se tendrán en cuenta las circunstancias especiales: embarazo, agresión sexual, pinchazo accidental, mordedura de animal, enfermedades crónicas, inmunodeficiencias, etc.

En el estudio UNITY (*Unidos por la vacunación del adolescente*)¹³, realizado *online* en los Estados Unidos, en 2016, a padres de adolescentes, adolescentes de 13-18 años y profesionales sanitarios (médicos generales, internistas y pediatras), se pueden observar las ideas que los padres y los adolescentes tienen sobre las vacunas:

- Uno de cada cuatro padres y adolescentes (23% y 33%, respectivamente) creen que las vacunas son más importantes para los lactantes que para los adolescentes.
- Más de un tercio de los adolescentes (34%) no saben de qué forma las vacunas actúan para mejorar su salud.

- Cuatro de cada diez padres (41%) creen que sus hijos adolescentes deben ir al médico solo cuando están enfermos.
- La mayoría de los adolescentes (92%) confían en su médico cuando buscan información para su salud, pero a casi la mitad (47%) les cuesta mucho hablar con el médico.

Los autores del estudio UNITY recomiendan realizar revisiones anuales a los adolescentes, sobre todo coincidiendo con el calendario vacunal, y hacen hincapié en las tres C: *confident, concise and consistent recommendation* (informar con seguridad, de forma concisa y consistente).

También se observó que los padres daban más prioridad a otros aspectos de la salud (evitar las drogas, dormir suficiente, evitar las infecciones de transmisión sexual o mantener una buena salud dental) que a la vacunación. Igualmente, los adolescentes de 16-18 años daban más importancia a su aspecto (salud dental y comer sano) que a las vacunas, ya que las consideraban responsabilidad de los padres. En este estudio se constató una brecha importante entre las palabras y las acciones de los jóvenes. Nueve de cada diez adolescentes manifestaban que estaban interesados en llevar un estilo de vida saludable y tener más responsabilidad sobre su salud, pero solo uno de cada diez deseaba tener más responsabilidad para vacunarse.

BARRERAS PARA LA VACUNACIÓN DE LOS ADOLESCENTES

Las barreras para la vacunación de los adolescentes dependen de los profesionales, de los padres y de los propios adolescentes¹⁴.

Los profesionales son los responsables de la vacunación de niños y adolescentes, y por ello deben tener actualizados los conocimientos, saber acercarse y hablar con los padres y el adolescente, evitar las falsas contraindicaciones, acostumbrarse a administrar múltiples dosis, usar herramientas de educación para la salud y enviar mensajes recordatorios de la vacunación, además de trabajar la transición del cuidado del pediatra al médico de adultos.

Las barreras de los padres y de los adolescentes pueden resumirse en tres aspectos:

- Falta de conocimientos y miedo a las vacunas.
- Falta de prevención, no recibir recordatorios, no saber cuándo acudir, no ir al centro de salud.
- Quién toma la decisión de vacunar: los padres o el adolescente. Generalmente son los padres, pero hay que dar mayor protagonismo a los adolescentes. Siempre se debe tener en cuenta la opinión del menor, y entre los 12 y 16 años considerar el concepto de «menor maduro».

ESTRATEGIAS GENERALES PARA VACUNAR

- En la consulta del adolescente, aplicar la premisa «ahora o nunca», ya que puede que el adolescente no vuelva.
- Siempre recomendar de forma universal las vacunas (todas).
- Explorar las preocupaciones y los valores, y aclarar dudas con la estrategia de servir de guía: aproximarse a los padres inseguros en actitud de ayuda, pedir permiso, abordar las preocupaciones, usar preguntas abiertas, ofrecer siempre fuentes serias y determinar la disposición para el cambio.
- Enfocar la información en los beneficios de las vacunas y las enfermedades que previenen.
- Ante el rechazo de los padres, perseverar siempre en las siguientes consultas.

En la tabla 1 se indican actuaciones inútiles y útiles para conseguir la vacunación.

Tabla 1. Actuaciones inútiles y útiles de los médicos para conseguir la vacunación.

Inútiles	Útiles
Estilo directo: «Esto es lo que debe hacer»	Estilo guía: «¿Puedo ayudarle?» Pedir permiso, adaptarse al contexto
Usar la persuasión para lograr el cambio (efecto rechazo)	Reconocer la situación, escuchar, empatizar, reflexionar y resumir Valorar el lenguaje corporal
No darse cuenta de las señales de rechazo	Notar las señales de rechazo Expresar preocupación
Usar jerga	Información clara y correcta
Fuentes de información desacreditadas	Fuentes de información apropiadas
Exagerar la seguridad de las vacunas	Informar de los beneficios y riesgos
Confrontación	Estar preparados para el cambio

Modificada de Bernstein et al.¹⁵

ESTRATEGIAS PARA LA APROXIMACIÓN AL ADOLESCENTE

- Es importante una buena relación de confianza con el adolescente
- Educación para la salud, tanto de forma oportunista como en los controles periódicos de salud. En cada consulta del joven se debe realizar educación para la salud sobre todos sus problemas y necesidades, no solo sobre la vacunación; también se darán guías anticipadas para que conozcan los cambios que se van a ir produciendo con la edad. La educación para la salud es una combinación de actividades de información y enseñanza que tienen como finalidad lograr un arraigo de los hábitos positivos en las personas y los colectivos, así como modificar las actividades contrarias a estos. El aprendizaje debe ser continuo en el tiempo. El ámbito de actuación es sociosanitario: escuela, familia y comunidad. La atención tiene que ser individualizada, teniendo en cuenta los aspectos emocionales (las actitudes y las motivaciones), además de entrenar las habilidades sociales (por ejemplo, que los adolescentes aprendan cómo decir no al sexo de riesgo o a las drogas, y sí a las vacunas). Hay que analizar los factores de riesgo y promover los factores de protección para conseguir un desarrollo juvenil positivo.
- Tener en cuenta en qué fase del desarrollo se encuentra el adolescente y actuar en consecuencia.
- Saber entrevistar al adolescente (privacidad, confidencialidad, interés, respeto, empatía, hacer de abogado o consejero, y nunca de juez) y usar la entrevista motivacional (guía centrada en la persona, para reflexionar sobre la necesidad de protegerse de las enfermedades infecciosas [cáncer cervical, meningitis, etc.] y de esta forma motivarle para el cambio).

En 1983, Prochaska y Diclemente¹⁶ formularon la hipótesis sobre las fases del cambio ante conductas de riesgo: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

Según esta, los cambios de conducta siguen una serie de etapas más o menos estandarizadas, tanto los cambios espontáneos como aquellos que siguen a recomendaciones terapéuticas. Este modelo fue utilizado inicialmente para predecir el abandono del tabaquismo, pero en los últimos años ha ido adquiriendo consistencia y se ha aplicado a un amplio espectro de cambios de conducta.

ESTRATEGIAS PARA LA APROXIMACIÓN A LOS PADRES

- Información y educación sobre las consecuencias de no vacunar, así como usar la entrevista motivacional y un estilo de guía: aproximarse a los padres inseguros en actitud de ayuda, pedir permiso, abordar las preocupaciones, usar preguntas abiertas, ofrecer siempre fuentes serias y determinar la disposición para el cambio.
- Actuar según la fase de disposición en que se encuentren los padres (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento).
- La relación y la confianza entre el médico y los padres es fundamental. Si la relación no es buena, la influencia para vacunar puede ser muy negativa.
- Enviar mensajes recordatorios sobre las vacunas: correo electrónico o postal, folletos en la consulta, redes sociales (Instagram, Twitter, etc.).

En la tabla 2 se resumen las estrategias a seguir por el profesional según la posición de los padres frente a la vacunación¹⁵.

Tabla 2. Estrategias de los profesionales según la posición de los padres frente a la vacunación.

Posición de los padres	Estrategia
Aceptan sin cuestionar (acción, mantenimiento)	Buena relación, educación
Aceptan con precaución (acción, mantenimiento)	Responder a preguntas y preocupaciones Descripción de los riesgos de las enfermedades que se previenen, importancia de vacunar Explicar los efectos secundarios más comunes y los que son raros Información breve y con flexibilidad, dirigiéndose a las necesidades de los padres
Dudan por mala información (contemplación, preparación)	Usar el estilo guía
Preocupados por los riesgos, partidarios de la vacunación selectiva o tardía (contemplación, preparación)	Estilo guía Informar de los beneficios y los riesgos Proporcionar información de calidad Dar otra cita para seguir hablando
Rehúsan por creencias filosóficas o religiosas (precontemplativo)	Evitar el debate Con frecuencia uno de los progenitores es más reactivo; puede ser interesante que el menos reactivo exponga sus argumentos de viva voz Estilo guía y entrevista motivacional Importancia de proteger al niño contra las infecciones Mostrar confianza en las vacunas y responder todas las preguntas Explorar la receptividad a un esquema vacunal individualizado Información breve, dejar la puerta abierta por si los padres cambian de opinión, y estar siempre disponibles

Modificada de Bernstein et al.¹⁵

LA TRANSICIÓN: EL PASO DEL PEDIATRA AL MÉDICO DE ADULTOS

La adolescencia es una etapa con cambios físicos, psicosociales y conductuales, como ya se ha comentado. Este periodo constituye una oportunidad para los profesionales sanitarios para enseñar, apoyar y fomentar conductas saludables, la independencia y la toma de decisiones; e igualmente, para dirigir al adolescente al sistema de salud del adulto e influir en la continuación del calendario de vacunaciones.

El cambio del pediatra al médico del adulto conlleva una ruptura importante y hace que, en ocasiones, se pierdan el seguimiento y la adherencia a los tratamientos, y que con ello aumente el número de ingresos del paciente. Cada año, miles de adolescentes con o sin enfermedades crónicas son derivados desde los servicios pediátricos a los servicios de atención de adultos para continuar con el cuidado de su salud. Muchos pasan de forma abrupta, ya sea por haber cumplido una determinada edad o por una descompensación aguda que motiva un ingreso en un servicio de adultos. La preparación para este paso y la coordinación entre el grupo pediátrico y el de adultos son fundamentales para facilitar el proceso de transición, que debe asegurar la misma calidad y la continuidad en la atención del paciente, sobre todo en caso de tener una enfermedad crónica¹⁷.

La transición es un proceso dinámico, no un evento, y debe ser gradual y multidisciplinaria, un paso planeado en el tiempo para preparar las necesidades médicas, psicosociales y educativas en los servicios de adultos. Plantear la transición desde el inicio reafirma las capacidades del adolescente como futuro adulto con poder de decisión y responsabilidades. El adolescente y su familia deben estar involucrados en la decisión de la transición. El pediatra y los padres deben prepararse para «dejar ir» al adolescente. Es esencial la coordinación entre los servicios y entre los profesionales de la salud para que el paciente aprenda a desempeñarse de una manera independiente. La transición es específica para

cada persona y debería ocurrir entre los 16 y 18 años de edad (según esté organizada la atención), aunque más que por la edad, el paso debería realizarse cuando los jóvenes estén maduros para ello y cuenten con habilidades suficientes para el autocuidado.

Hay tres etapas: inicial, momento en que se toma la decisión; intermedia, cuando el paciente, su familia y el médico ya están preparados; y final, cuando el adolescente o adulto joven, además de haber sido transferido a un servicio de adultos, participa activamente en su cuidado y en la toma de decisiones, de acuerdo con sus capacidades.

El cuidado de la transición es un componente clave de la calidad de la atención. Los adolescentes y sus padres precisan tiempo para prepararse y necesitan información sobre cómo y cuándo será el proceso, quién los atenderá y dónde. Además, existen obstáculos para la transición, dependientes del paciente, la familia, el pediatra o el médico de adultos¹⁸⁻²⁰.

Diversos países, como los Estados Unidos, el Reino Unido, Chile o Argentina, llevan años realizando programas de transición. En España se han establecido programas hospitalarios en los últimos 5 años, pero es importante también su organización en el ámbito de la atención primaria. Es necesario, cuando llega el momento, establecer en la consulta del centro de salud una visita del adolescente con los dos profesionales (el pediatra para presentar al joven y explicar sus problemas y necesidades de salud, y el médico de familia que recibe al adolescente) y así progresivamente ir realizando el cambio.

Debido al aumento de las enfermedades crónicas y las discapacidades, así como por la necesidad de mantener un cuidado de salud integral del adolescente y continuar con el calendario vacunal, resulta necesario planificar programas de transición efectiva, tanto en los hospitales como en atención primaria, en los que todos los involucrados estén capacitados en los cuidados especiales de atención en salud y en el proceso de transición, para permitir el desarrollo de la persona y una calidad de vida adecuada a lo largo del tiempo.

ASPECTOS BIOÉTICOS Y LEGALES

Dentro de los aspectos bioéticos hay muchos temas de debate: la obligatoriedad o no de las vacunas, la actitud a tomar ante los padres antivacunas, si es necesario que los padres firmen un formulario de consentimiento informado ante el rechazo a vacunar, qué hacer si los padres divorciados discrepan sobre la vacunación, cómo actuar ante las vacunas no financiadas, si está justificado cambiar la pauta de vacunación oficial con argumentos razonados, o la influencia en los profesionales de los intereses de la industria farmacéutica, entre otros²¹.

En cuanto a los aspectos legales, nuestro sistema legislativo presenta un déficit en la regulación de las vacunas, ya que no se puede aplicar su obligatoriedad salvo en situación de epidemia. Esto no implica que los padres puedan decidir libremente, ya que prima siempre el interés superior del menor²².

La negativa de los padres a vacunar plantea un conflicto de valores entre el derecho de los padres a la crianza de los hijos según sus ideas y creencias y la tutela de la justicia, pues se pone en riesgo no solo la protección del hijo no vacunado, sino también la protección de la comunidad²³.

En España, la ley protege la capacidad de decisión de los padres al no obligar al cumplimiento del calendario oficial, salvo riesgo de salud pública y de forma temporal, cuando el juez puede establecerlo. Los niños y adolescentes sufren las decisiones de los padres en el ejercicio de su representación legal y patria potestad, pero hay dos límites que los padres no pueden traspasar:

- El bien del hijo menor de edad, el derecho a que se proteja su bienestar. Aunque los padres no vacunen a sus hijos, la inmunidad de grupo puede protegerles, salvo en el caso del tétanos, para el que es necesaria la vacunación individual.
- El bien de la comunidad, la obligación de no poner en peligro la inmunidad de grupo.

Podemos preguntarnos qué pasaría si todos los padres hicieran lo mismo y no vacunaran a sus hijos. Tenemos ejemplos, como los brotes de sarampión ocurridos en los Estados Unidos en 2014 y 2015, y en Italia en 2014; en ambos países se observó que la mayoría de las personas que se infectaron no estaban vacunadas.

En los Estados Unidos, en el año 2014 hubo 667 casos confirmados de sarampión. Esta es la mayor cantidad de casos desde que se documentó la eliminación del sarampión en ese país en 2000. Estuvieron asociados a casos llegados de Filipinas, donde hubo un brote. Durante el año 2015 se produjo otro brote, con 188 casos de sarampión notificados en 24 Estados y Washington D.C., relacionados con un parque de atracciones en California.

En Italia, en 2014, hubo unas altas tasas de sarampión en niños de 0-4 años y en adolescentes y jóvenes adultos de 15 a 29 años.

En España, las vacunas no son obligatorias y para administrarlas solo se requiere la aceptación de los padres; un consentimiento informado verbal es suficiente si los padres están presentes. Tras informar a los padres, si estos no aceptan, se puede seguir perseverando en futuros encuentros.

La negativa persistente debería documentarse tanto en la historia clínica como en el registro de vacunación, y también en un certificado o formulario de renuncia a la vacunación en el que se especifiquen:

- La identificación del niño o adolescente, de los padres y del pediatra.
- Que se ha recibido la información necesaria y oportuna.
- La comprensión y la capacidad de los padres sobre la información recibida.
- De quién es la responsabilidad de la decisión final.
- A qué vacunas afecta la negativa y los motivos.
- La posibilidad de vacunar si se cambia de opinión.

Existen varios formularios, entre ellos el de la American Academy of Pediatrics y el de la AEP (este último disponible en: <http://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/renuncia-de-los-padres-a-vacunar.pdf>)

En el Anexo se contestan algunas de las preguntas de mayor interés que se plantean. Dada la importancia que tiene la aclaración de los diversos asuntos que se tratan, y debido a la extensión de las respuestas, se aconseja acceder al Anexo para su lectura completa y conocer las referencias jurídicas. No obstante, en cualquier situación de conflicto conviene emplear argumentos tan razonables como los expuestos en este informe y, en especial, en las cuestiones respondidas en el Anexo. El libro también estará disponible en la web de las diferentes sociedades científicas participantes (ver páginas 5 y 6).

OTRAS MEDIDAS PARA MEJORAR LA VACUNACIÓN

- Utilizar los medios de comunicación y las redes sociales.
- Entrenamiento de los padres para que eduquen a otros padres y ser consejeros en su comunidad.
- Entrenamiento de los adolescentes para que eduquen a sus amigos y compañeros.
- Políticas públicas y estímulos para el cambio de conducta, basados en incentivos²⁴. En algunos países, como Australia, el gobierno estableció incentivos económicos directos o indirectos (reducciones fiscales) para los padres con el fin de promover la vacunación de sus hijos, con lo cual se incrementó la vacunación de un 75% en 1997 a un 94% en 2001, aunque hay quien argumenta que con esta actuación también se afecta la libertad de los padres. Igualmente, en los Estados Unidos se han llevado a cabo diversas actuaciones para fomentar la vacunación contra la COVID-19.
- Extender el acceso a la vacunación a otros lugares: escuelas, universidades, domicilios, clínicas, campamentos, etc.; acudir allí donde se encuentran los adolescentes.
- Normas sociales. La mayoría de las familias en nuestro país aceptan las vacunas, y de esta forma la vacunación es una opción predeterminada por las normas sociales y se favorece.
- Solicitar un certificado de vacunaciones, aunque no sea obligatorio, para acceder a la universidad, a un puesto de trabajo, etc.

CONCLUSIONES

- La adolescencia tiene unas características y necesidades propias de salud. Es preciso conocer los retos y las barreras en la vacunación del adolescente, tanto las dependientes del profesional como las de los padres y las del propio joven.
- La composición del calendario vacunal vigente del adolescente es susceptible de mejora, mediante la incorporación de vacunas y pautas adicionales, siguiendo el ejemplo de las recomendaciones de otras sociedades, regiones y países.
- Campañas de vacunaciones como la actual del SARS-CoV-2 en el adolescente constituyen una oportunidad única de información, educación y actualización práctica del calendario de vacunaciones individual de los adolescentes.
- La formación del profesional es prioritaria, y este debe recomendar firmemente y de forma universal la vacunación. Cada consulta es una oportunidad («ahora o nunca») para vacunar, ya que puede que el adolescente no vuelva. El profesional debe evitar las falsas contraindicaciones que conducen a la pérdida de ocasiones para vacunar, explorar los valores y las preocupaciones tanto de los padres como de los adolescentes, y aclarar todas sus dudas, centrándose en los beneficios de las vacunas (enfermedades que previenen). Si hay rechazo de los padres o del joven a la vacunación, en las consultas futuras el profesional siempre debe perseverar.
- En cuanto a las estrategias con los adolescentes, es importante saber entrevistarles, adaptarse a su nivel de desarrollo y tener en cuenta la privacidad y la confidencialidad. Son fundamentales la educación para la salud y la entrevista motivacional.
- Respecto a las estrategias con los padres, es preciso saber aproximarse según la posición que tengan frente a las vacunas, establecer confianza y reconocer su autonomía, informar y educar en las posibles consecuencias de no vacunar, y usar

el estilo guía, la entrevista motivacional y los recordatorios de vacunación.

- Es necesario trabajar la transición para asegurar un cuidado médico de alta calidad sin interrupción, incluyendo el calendario vacunal, mientras el individuo pasa del pediatra al médico de adultos. Es un proceso dinámico, no un evento, que debe ser gradual y multidisciplinario.
- Hay que tener siempre en cuenta los aspectos bioéticos y legales. En España, la vacunación no es obligatoria. La negativa de los padres a vacunar a sus hijos plantea un serio conflicto de valores entre su derecho a no vacunarlos (según sus ideas o creencias) y el deber de la justicia (proteger del riesgo al hijo no vacunado y, por ende, a la comunidad). Si la negativa persiste, debería utilizarse un documento o formulario de rechazo. No obstante, en cualquier situación de conflicto conviene emplear argumentos tan razonables como los expuestos en este informe y, en especial, en las cuestiones respondidas en el Anexo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Calendario recomendado año 2021. (Consultado el 12 de junio de 2021.) Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/docs/CalendarioVacunacion_Todalavida.pdf
2. Grupo de trabajo de vacunación en población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018.
3. Álvarez García FJ, Cilleruelo Ortega MJ, Álvarez Aldeán J, Garcés Sánchez M, García Sánchez N, Garrote Llanos E, et al. Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2021. *An Pediatr (Barc)*. 2021;94:e1-53.e10.
4. Moraga Llop F. Calendario de vacunaciones del adolescente. *Adolescere*. 2021;9:17-27.
5. Moraga-Llop FA. Vacunación frente a la COVID-19 en los adolescentes. Una realidad. *Vacunas*. 2021;22:135-7.
6. Comisión de Salud Pública: preguntas y respuestas sobre la vacunación frente a la meningitis. (Consultado el 11 de junio de 2021.) Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Preguntas_respuestas_Vacunacion_frente_meningitis.pdf
7. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Vacunación frente a la Covid de niños y adolescentes. (Consultado el 12 de junio de 2021.) Disponible en: <https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/covid-19-vacunacion-de-ninos-y-adolescentes>
8. Hidalgo Vicario MI, Montón Álvarez JL, Güemes Hidalgo M. Vacunación durante la adolescencia. En: Hidalgo Vicario MI, Montón Álvarez JL, editores. *Vacunas. Algo más que el calendario vacunal. Cuestiones y respuestas*. 3.ª ed. Madrid: Undergraf; 2017. p. 427-56.
9. Hidalgo Vicario MI. Estrategias para mejorar la vacunación del adolescente. Parte 1. *Adolescere*. 2018; VI(1):57-72.
10. Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Molinero L, Muñoz Calvo MT, editores. *Medicina de la adolescencia. Atención Integral*. 3.ª ed. Madrid: Ergon; 2021.
11. Ministerio de Sanidad. Coberturas de vacunación. Datos estadísticos. (Consultado el 11 de junio de 2021.) Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/coberturas/home.htm>
12. Giedd JN. Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. *Ann N Y Acad Sci*. 2004;1021:77-85.

13. Unity (United for adolescent vaccination). Adolescent immunization: understanding challenges and framing solutions for healthcare providers. (Consultado el 15 de junio de 2021.) URL. Disponible en: <http://www.unity4teen.vax.org/wp-content/uploads/2017/05/UnityWhitepaper-FINAL-May-2017.pdf>
14. Hidalgo Vicario MI. Estrategias para mejorar la vacunación del adolescente. Parte 2. *Adolescere*. 2018; VI(3):57-69.
15. Bernstein HH, Bocchini JA, Committee on Infectious Diseases. Practical approaches to optimize adolescent immunization. *Pediatrics*. 2017;139:e20164187.
16. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51:390-5.
17. Salmerón Ruiz M, Casas Rivero J, Guerrero Azola F. Problemas de salud en la adolescencia. *Patología crónica y transición. Pediatr Integr* 2017;21:245-53.
18. White PH, Cooley WC; Transitions Clinical Report Authoring Group; American Academy of Pediatrics; American Academy of Family Physicians; American College of Physicians. Supporting the Health Care Transition From Adolescence to Adulthood in the Medical Home. *Pediatrics*. 2018;142:e20182587.
19. De Cunto CL. Transición en la atención médica, de la pediatría a la medicina del adulto. *Arch Argent Pediatr*. 2012;110:341-7.
20. Campbell F, Biggs K, Aldiss SK, O'Neill PM, Clowes M, McDonagh J, et al. Transition of care for adolescents from paediatric services to adult health services. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(4):CD009794.
21. Martínez González C. Vacunas. Aspectos bioéticos En: Hidalgo Vicario MI, Montón Álvarez JL, editores. *Vacunas. Algo más que el calendario vacunal. Cuestiones y respuestas*. 3.ª ed. Madrid: Undergraf; 2017. p. 531-8.
22. De Montalvo Jääskeläinen F. Vacunas. Aspectos legales. En: Hidalgo Vicario MI, Montón Álvarez JL, editores. *Vacunas. Algo más que el calendario vacunal. Cuestiones y respuestas*. 3.ª ed. Madrid: Undergraf; 2017. p. 539-51.
23. Riaño Galán I, Martínez González C, Sánchez Jacob M; Comité de Bioética de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones para la toma de decisiones ante la negativa de los padres a la vacunación de sus hijos: análisis ético. *An Pediatr (Barc)*. 2013;79:50.e1-5.
24. Dubov A, Phung C. Nudges or mandates? The ethics of mandatory flu vaccination. *Vaccine*. 2015;33:2530-5.

ANEXO

ASPECTOS BIOÉTICOS Y LEGALES

¿Tiene el adolescente plena capacidad de obrar para dar su consentimiento a una vacuna?

La vacunación de los menores de edad adolescentes constituye, desde una perspectiva ético-legal, una cuestión especialmente compleja, como lo son, en general, los tratamientos médicos en esta población. Ello es así porque el adolescente se encuentra precisamente en la fase final del tránsito entre la minoría de edad y la mayoría de edad sanitarias, es decir, entre una capacidad de obrar limitada y una plena capacidad de obrar, equiparable a la de los mayores de edad.

A estos efectos, cabe recordar que la mayoría de edad se adquiere en nuestro ordenamiento jurídico a los 18 años, pero a efectos fundamentalmente del ejercicio de los derechos y libertades políticas (artículo 12 de la Constitución Española). El propio ordenamiento jurídico reconoce la capacidad de obrar al menor de edad, y especialmente al adolescente, para muchos actos y negocios jurídicos; entre ellos, en particular, los referidos a los tratamientos médicos.

El artículo 9.3 c) de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente regula el régimen de la capacidad de obrar del adolescente en el ámbito sanitario, y así dispone que el consentimiento lo prestará su representante legal (consentimiento por representación) cuando el paciente menor de edad no sea capaz, intelectualmente ni emocionalmente, de comprender el alcance de la intervención, después de haber escuchado su opinión, sobre todo a partir de los 12 años de edad.

Así pues, el citado precepto no establece una edad determinada a partir de la cual el adolescente pueda tener capacidad de obrar, lo que en el ámbito sanitario se traduce en la capacidad de autorizar o rechazar un tratamiento médico. Simplemente, se

establece que tal facultad se modulará de acuerdo con su capacidad intelectual y emocional en relación con el correspondiente tratamiento médico. Así pues, concurrirían dos elementos, uno subjetivo, representado por la madurez intelectual y emocional del adolescente, y otro objetivo, relacionado con la naturaleza y las consecuencias del acto médico.

En el ámbito de las vacunas podría afirmarse que, desde la perspectiva objetiva, el propio acto de la vacunación no constituye algo novedoso para el adolescente, ya que habitualmente habrá sido vacunado en anteriores etapas de su vida, y además no suele conllevar riesgos relevantes para su salud o, al menos, estos serán muy infrecuentes.

Por ello, podría afirmarse que el adolescente puede gozar de capacidad para autorizar o rechazar una vacuna, siempre que pueda constatarse que dispone de madurez intelectual y emocional.

A tal conclusión también se puede llegar por el propio paradigma en el que se asienta, en general, el régimen de la capacidad de obrar de los menores de edad según la Ley Orgánica 1/1996, sobre todo tras su reforma de 2015. En la «Exposición de motivos» se describe en los siguientes términos que exponemos de manera resumida:

Las transformaciones sociales y culturales operadas en nuestra sociedad han provocado un cambio en el status social del niño y como consecuencia de ello se ha dado un nuevo enfoque a la construcción del edificio de los derechos humanos de la infancia.

Este enfoque reformula la estructura del derecho a la protección de la infancia vigente en España y en la mayoría de los países desarrollados desde finales del siglo xx, y consiste fundamentalmente en el reconocimiento pleno de la titularidad de derechos en los menores de edad y de una capacidad progresiva para ejercerlos.

El desarrollo legislativo posconstitucional refleja esta tendencia, introduciendo la condición de sujeto de derechos a las personas menores de edad. Así, el concepto «ser escuchado si tuviere suficiente juicio» se ha ido trasladando a todo el ordenamiento jurídico en todas aquellas cuestiones que le afectan. Este concepto introduce la dimensión del desarrollo evolutivo en el ejercicio directo de sus derechos.

Las limitaciones que pudieran derivarse del hecho evolutivo deben interpretarse de forma restrictiva. Más aún, esas limitaciones deben centrarse más en los procedimientos, de tal manera que se adoptarán aquellos que sean más adecuados a la edad del sujeto.

El ordenamiento jurídico, y esta Ley en particular, va reflejando progresivamente una concepción de las personas menores de edad como sujetos activos, participativos y creativos, con capacidad de modificar su propio medio personal y social; de participar en la búsqueda y satisfacción de sus necesidades y en la satisfacción de las necesidades de los demás.

El conocimiento científico actual nos permite concluir que no existe una diferencia tajante entre las necesidades de protección y las necesidades relacionadas con la autonomía del sujeto, sino que la mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección a la infancia es promover su autonomía como sujetos.

Sin embargo, este nuevo paradigma de la toma de decisiones del adolescente en el ámbito de la salud, que va a favor de que el adolescente pueda autorizar o rechazar una vacuna, sin intervención de sus padres, queda matizado, a continuación, por el propio artículo 9, cuando en su apartado 4 dispone que si se trata de menores emancipados o mayores de 16 años que no se encuentren en el supuesto del artículo 9.3 c) no cabe prestar el consentimiento por representación. Y esto se completa a continuación señalando que, no obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, cuando

se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del menor.

Ello significa, pues, que el menor de edad tendrá plena capacidad de obrar en el ámbito sanitario a partir de los 16 años, salvo que el correspondiente tratamiento suponga un grave riesgo, en cuyo caso, la capacidad no se alcanzará hasta la mayoría de edad común, es decir, los 18 años.

Trasladado todo ello al ámbito de la vacunación de los adolescentes, puede afirmarse que, en principio, existe una presunción de plena capacidad de obrar del menor de edad para autorizar o rechazar una vacuna, cuando cuente con 16 o más años, aunque si el menor de edad tuviera menos años también podrá aceptarse que preste el correspondiente consentimiento, sin participación de sus padres, siempre que goce de suficiente madurez intelectual y emocional para entender lo que supone vacunarse. En este último caso, la carga de la prueba recae sobre el profesional sanitario, ya que no se presume la plena capacidad de obrar, como ocurre con el adolescente de 16 o más años.

¿Pueden el adolescente o sus padres (actuando estos por representación) rechazar la vacuna?

Nuestro ordenamiento jurídico no recoge ninguna norma que imponga la obligatoriedad de las vacunas, salvo, con ciertas dudas por la falta de mención expresa en la norma, en los casos de grave riesgo para la salud colectiva, como serían los supuestos de epidemia y, más aún, de pandemia. En estos casos puede entenderse que la decisión por parte de la autoridad pública de vacunar obligatoriamente a aquella población que rechace hacerlo estaría amparada por lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley Orgánica de medidas especiales en materia de salud pública («con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria [...] podrá adoptar las medidas [...] que se consideren necesas-

rias en caso de riesgo de carácter transmisible») y en el artículo 9.2 a) de la Ley de autonomía del paciente, que establece que los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, cuando exista riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley.

Sin embargo, al valorar el rechazo a la vacuna hay que diferenciar entre que el sujeto adolescente, según lo explicado en el apartado anterior, esté actuando en su representación por disponer de la suficiente madurez intelectual y emocional, o que la decisión la adopten sus representantes mediante el consentimiento por representación.

En el primer caso, las facultades de rechazo de las vacunas del adolescente «maduro» serían, en principio, las mismas que las de un mayor de edad, salvo que nos encontremos en un contexto de grave riesgo para la salud colectiva y las autoridades públicas hayan decidido la vacunación obligatoria, cumpliendo esta con los requisitos de la proporcionalidad. El adolescente con madurez intelectual y emocional suficiente para prestar el consentimiento a la vacunación no podría rechazarla, en las mismas condiciones que cualquier otro ciudadano, al haberse impuesto como obligatoria por el contexto de grave riesgo para la salud colectiva.

Sin embargo, junto a ello, cabe también recordar lo que dispone el artículo 9.4 párrafo 2.º, cuando señala que el adolescente de 16 o más años no tiene capacidad para rechazar el tratamiento cuando ello suponga un grave riesgo para su salud. Así pues, aun cuando no se haya adoptado una medida de vacunación obligatoria por la autoridad pública en un concreto contexto de grave riesgo para la salud colectiva, puede aceptarse que el adolescente no pueda rechazar la vacuna si, en el caso concreto, tal rechazo suponga un grave riesgo para su vida o integridad.

Por lo tanto, el adolescente con madurez intelectual y emocional puede rechazar la vacuna, como un mayor de edad, excepto

cuando exista una situación de grave riesgo para la salud colectiva y se haya impuesto la vacunación obligatoria como medida necesaria, o que no vacunar a dicho adolescente suponga, en su caso concreto, un grave riesgo para su salud.

Por lo que se refiere a los casos en que el consentimiento a la vacunación del adolescente se presta por representación, es decir, cuando deben dar la autorización los padres, es importante recordar que el artículo 9 de la Ley de autonomía del paciente dispone, en su apartado 6, que los padres deben actuar siempre procurando el mayor beneficio para la vida o salud de su hijo, y si la decisión de los padres es contraria a dichos intereses, deberá ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

Así pues, es posible afirmar que los padres no pueden, en principio, rechazar la vacunación de su hijo adolescente cuando tal decisión ponga en riesgo la salud de este. Los padres solo pueden actuar bajo el principio de beneficencia, en cuanto están decidiendo sobre un tercero, su hijo. El rechazo a la vacunación del niño por parte de sus padres carecería de toda eficacia jurídica, pudiendo anularse y ser suplida tal negativa por la autoridad pública, dado que aquellos habrían actuado de manera maleficente en el ejercicio de sus funciones de la patria potestad y custodia, es decir, en contra de la salud de su hijo. Es más, tal rechazo tendría legalmente la consideración de «situación de riesgo» en los términos que incorpora la Ley Orgánica 1/1996, cuando señala en su artículo 17.10 que «la negativa de los progenitores, tutores, guardadores o acogedores a prestar el consentimiento respecto de los tratamientos médicos necesarios para salvaguardar la vida o integridad física o psíquica de un menor constituye una situa-

ción de riesgo. En tales casos, las autoridades sanitarias pondrán inmediatamente en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, tales situaciones a los efectos de que se adopte la decisión correspondiente en salvaguarda del mejor interés del menor».

Cuando los padres están en situación de separación o ruptura familiar, si la custodia la ostenta uno de los dos o es compartida (manteniendo ambos la patria potestad, que es lo habitual), puede aceptarse la vacunación con el consentimiento por representación de uno de los progenitores (el que tenga la custodia en exclusiva o uno de los que la tengan compartida) cuando se trate de una vacuna ordinaria, es decir, de las recogidas en el correspondiente calendario, ya que se trataría de una decisión no extraordinaria. En caso de tratarse de una vacuna extraordinaria, no prevista en el correspondiente calendario, la facultad de uno de los padres de consentir sin compartir la decisión con el otro dependerá de los riesgos ordinarios o extraordinarios que pudiera provocar la vacuna como tratamiento preventivo. Si el riesgo de la vacuna no es extraordinario, se seguiría el mismo régimen que hemos descrito al inicio de este párrafo.

¿Y qué ocurre cuando uno de los padres, tanto si tiene la custodia en exclusiva como si es compartida, rechaza la vacuna? En este caso, debería entenderse que el rechazo va en contra del mejor interés del menor de edad y, por tanto, se aplicaría lo dispuesto en el artículo 9.6 de la Ley de autonomía del paciente y en el artículo 17.10 de la Ley Orgánica 1/1996.

¿Son de aplicación los criterios anteriores en cuanto al rechazo por los padres de la vacunación de su hijo adolescente frente a la COVID-19?

En el caso de la vacuna frente a la COVID-19, con el estado actual de la evidencia científica, el problema radicaría en que, no siendo la vacunación del adolescente un acto que suponga, claramente, un beneficio individual para este, sino principalmente para la sa-

lud colectiva, el régimen que hemos descrito, en virtud del cual los padres no pueden rechazar la vacunación de su hijo, quedaría algo matizado, ya que no podrá afirmarse que el rechazo de los padres es maleficente para la salud su hijo, sino para la salud colectiva. Y a estos efectos, debemos recordar que la decisión de vacunar a un adolescente frente a la COVID-19, cuando el riesgo de una evolución tórpida e incluso mínimamente grave de la COVID-19 es, según la evidencia científica actual, claramente improbable, se estaría obrando no en su beneficio, sino en el de la colectividad, y ello podría atentar contra la dignidad del adolescente al cosificarle, al tratarle como un mero medio en beneficio de un fin colectivo.

Podría también afirmarse que obligar a un niño a vacunarse cuando no existe beneficio individual, basándose exclusivamente en el beneficio para la colectividad, podría suponer un atentado a su dignidad, al tratarle como un mero medio u objeto para satisfacer los intereses colectivos, lo que, además, no puede ser salvado por la autonomía del que así lo acepta, al carecer el niño aún de plena capacidad de obrar y, por tanto, de autorizar algo que no le beneficia individualmente, y también al propio principio del interés superior del menor.

El problema de esta vacunación, desde una perspectiva ético-legal y en comparación con las vacunas que están indicadas para evitar muchas otras enfermedades víricas y bacterianas en la infancia, es que, si bien en relación con estas la falta de vacunación del niño supone un riesgo no solo para la salud colectiva, sino también para la propia salud individual, en lo que se refiere a la vacuna frente a la COVID-19 los datos científicos indican que las posibilidades de que un niño desarrolle COVID-19, y más aún, de que esta evolucione de manera tórpida o con un cuadro grave, son muy pequeñas.

Así pues, si el motivo para vacunar a los niños quedara justificado por el interés colectivo, y no tanto por el interés individual para su salud, a diferencia de las demás vacunas que se aplican

habitualmente en la infancia, la negativa de los padres a su vacunación no podría considerarse una decisión de riesgo para la salud de su hijo, sino solo de riesgo para la salud de la colectividad.

Este argumento, que en principio podría informar en contra de impedir que los padres del niño puedan rechazar su vacunación frente a la COVID-19, al fundamentarse esta no en un beneficio individual sino en un beneficio colectivo, puede ser, sin embargo, contradicho a partir de dos contraargumentos:

- En primer lugar, la vacunación de los niños no puede afirmarse que se haga en exclusivo interés de la colectividad sin beneficio individual para su salud, en la medida en que no puede descartarse de manera absoluta que vayan a contraer la COVID-19 y desarrollarla con graves consecuencias para su salud. La literatura científica describe casos que, aunque excepcionales, demuestran que los niños pueden estar expuestos a la enfermedad sin la presencia de antecedentes ni de un cuadro previo. Así pues, el beneficio individual no puede ser excluido, sino meramente minorado, lo que es distinto.
- Por otro lado, sin la vacunación de todos, o al menos de muchos niños, no es posible alcanzar la inmunidad colectiva o de grupo, ya que la población infantil (0 a 14 años) supone un poco más del 15% de la población total, porcentaje al que habría que sumar el de las personas que se han negado a recibir la vacuna. De este modo, la presencia de reservorios no descartaría que en el futuro nuevas variantes del virus pudieran afectar, incluso gravemente, la salud de los niños. En el estado actual de la pandemia y del conocimiento del virus, por ahora no es muy probable, pero en modo alguno es descartable a medio o largo plazo, sobre todo si no se alcanza la inmunidad colectiva.

Los datos preliminares indican que la enfermedad causada por variantes de interés sigue siendo leve en los niños pequeños, aunque continúa siendo esencial una estrecha vigilancia de las varian-

tes emergentes, pues no puede descartarse que surja una variante que cause una enfermedad grave en los niños, como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (Jennie, et al. Vaccinating children against SARS-CoV-2. *BMJ*. 2021;373:n1197).

Están surgiendo nuevas variantes a medida que el virus se adapta a su huésped humano y a la inmunidad generada por infecciones anteriores por SARS-CoV-2 y por la vacunación. Por tanto, puede considerarse fundamental la vacunación de los niños para reducir la transmisión que puede volver a poner en riesgo la salud de los adultos (Jennie, et al. Vaccinating children against SARS-CoV-2. *BMJ*. 2021;373:n1197). Y desde una perspectiva epidemiológica, si dejamos a los niños sin vacunar cuando los adultos han logrado ya la protección inmunitaria, no puede excluirse la posibilidad de que los niños no vacunados se conviertan en el refugio del virus, dado que la mayoría de los casos de COVID-19 en ellos son leves y asintomáticos (Zou y Cao. COVID-19 vaccines for children younger than 12 years: are we ready? *Lancet*. 2021 Jun 28;S1473-3099(21)00384-4. Online ahead of print).

Además, el beneficio de la vacunación frente a la COVID-19 de un niño podría fundamentarse también en la mejora de su salud mental y su bienestar, y en facilitar el regreso a la normalidad, incluida la reanudación de la presencia en las clases y de las interacciones sociales importantes para el desarrollo infantil (Editorial. Should we vaccinate children against SARS-CoV-2? *Lancet Infect Dis*. 2021;21:889). También se han destacado ciertos beneficios «indirectos» de la vacunación de los niños, al reducirse a través de su inmunidad el costo familiar de la enfermedad de sus padres, con el consiguiente impacto en la economía familiar y la situación de estrés crónico que puede generar para todos los miembros de la familia (Klass y Ratner. Vaccinating children against Covid-19 — the lessons of measles. *N Engl J Med*. 2021;384:589-91).

Así pues, el requisito ético-legal de que concurra un beneficio individual para el niño que va a ser vacunado no debe quedar circunscrito a los beneficios estrictamente vinculados a la salud

física, sino también a los beneficios para su salud mental y, en general, su bienestar, y parece que, a este respecto, la vacunación puede incrementar notablemente dicho bienestar al permitirle integrarse con mayor facilidad en el desarrollo de actividades indispensables en el desarrollo de su personalidad, tales como acudir a la escuela o compartir juegos con sus pares.

En segundo lugar, debemos recordar que nuestro ordenamiento jurídico admite, excepcionalmente, aplicar un tratamiento a un menor de edad sin que concurra, en principio, el interés individual, y solo considerando el interés para terceros o para la colectividad. Un ejemplo de ello lo encontramos en el ámbito de la regulación de los ensayos clínicos, que por analogía puede aplicarse al debate que nos ocupa. La regulación de los ensayos clínicos ha permitido, con carácter general, la participación de sujetos sin beneficio potencial directo para ellos en la investigación. En el caso concreto de los menores de edad, se admite siempre que existan datos que permitan prever que los beneficios esperados superan los riesgos o, en su defecto, que el riesgo que conlleva el ensayo es mínimo y que las intervenciones a que van a ser sometidos los sujetos del ensayo, menores de edad en este caso, son equiparables a las que corresponden a la práctica médica habitual en función de su situación médica, psicológica o social. Aplicando estos requisitos por analogía a la vacunación de los niños frente a la COVID-19, puede afirmarse que concurren ambos, en la medida en que el riesgo descrito para la vacuna es, en principio, mínimo, no puede descartarse un beneficio individual y la vacunación es una práctica médica habitual en un menor de edad. Además, se exige que, junto a los ya descritos principios de minimización del riesgo y de equivalencia de la práctica médica habitual, se cumplan dos requisitos más: 1) que del ensayo se puedan obtener conocimientos relevantes sobre la enfermedad o situación objeto de investigación, de vital importancia para entenderla, paliarla o curarla, es decir, un principio de especial relevancia o trascendencia del acto de salud, lo que en el caso de la vacunación frente a la COVID-19 concurre, dada la grave situación de pandemia en

la que aún nos encontramos; y 2) que estos conocimientos no puedan ser obtenidos de otro modo, es decir, un principio de necesidad, que tampoco estaría ausente dado que es harto difícil alcanzar la inmunidad de grupo o colectiva sin vacunar a los niños.

En relación con estos dos últimos aspectos, cabe recordar que habitualmente la vacunación de los niños con el fin de inducir una inmunidad colectiva ha demostrado ser eficaz para prevenir la propagación de muchas enfermedades infecciosas, en las que los niños tienen un papel importante en la transmisión. Un alto nivel de inmunidad en un grupo de edad que es importante para la transmisión puede crear inmunidad colectiva en otros (Kim et al. Vaccine herd effect. Scand J Infect Dis. 2011;43:683-9), y se sabe que en determinadas situaciones la inmunización de los niños es más efectiva que la de las personas mayores, como ocurre en la gripe (Kim et al. Vaccine herd effect. Scand J Infect Dis. 2011;43:683-9), la enfermedad neumocócica (Pittet y Posfay-Barbe. Pneumococcal vaccines for children: a global public health priority. Clin Microbiol Infect. 2012;18(Suppl 5):25-36), el rotavirus (Lopman et al. Post-licensure experience with rotavirus vaccination in high and middle income countries; 2006 to 2011. Curr Opin Virol. 2012;2:434-42) y muchas otras (Velavan, et al. Herd immunity and vaccination of children for COVID-19. Int J Infect Dis. 2020;98:14-5).

Por último, una sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Vavříčka and Others v. the Czech Republic, 2021*, señala que el deber de la vacunación infantil al que se oponen los padres no solo se fundamenta en la protección del propio niño, sino también en el deber de solidaridad social que permite justificar que se imponga la vacunación, incluso, a aquellos que se sienten menos amenazados por la enfermedad, cuando se trata de proteger a las personas más vulnerables.

En definitiva, aunque el régimen legal de la vacunación de un adolescente frente a la COVID-19 presenta unos matices que lo diferencian del que se aplica para el resto de las vacunas habi-

tuales en los menores de edad, existen determinados principios y normas que sí permitirían salvar el rechazo de los padres cuando la vacunación tiene un fin de protección de la salud colectiva.

¿Cómo actuar con las vacunas no financiadas?

¿Está justificado cambiar la pauta de vacunación oficial con argumentos razonados?

En cuanto a las vacunas no financiadas ni incluidas en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, el profesional sanitario puede vacunar al menor de edad si considera que ello responde al mejor interés para su salud, pero en este caso, si se produce algún daño generador de responsabilidad civil profesional, no podría quedar cubierto por el seguro de responsabilidad profesional del correspondiente sistema autonómico de salud, sino por el seguro personal del profesional.

Por otro lado, un cambio de vacuna oficial no plantea problemas legales porque, en principio, en la relación médico-paciente se mantienen determinadas facultades y derechos incluso frente a la Administración prestadora del servicio, pero en este caso al menos deben justificarse las razones de dicha decisión, para lo que la historia clínica es un instrumento indispensable al dejar constancia escrita en ella.

