

Transcripción Webinar sobre vacunación en enfermedades reumáticas

Damos la bienvenida a este nuevo webinar después del descanso del periodo estival de vacaciones de verano que hemos tenido eh en este lado, ¿no?, en España, porque nos sirve pegue mucha gente también de Latinoamérica y ellos pues no han tenido el descanso estival, pero nosotros sí que nos lo hemos tomado. retomamos estas sesiones de webinar junto con las asociaciones de pacientes a las que les agradecemos su colaboración en la organización y en la divulgación de estas sesiones. En este caso vamos a hablar de la vacunación en las enfermedades reumáticas y para ello contamos con la doctora Virginia Moreira. Ella es del servicio de reumatología del Hospital Virgen Macarena de Sevilla. Virginia, bienvenida. Buenas tardes.

Muchas gracias por la invitación y muchas gracias a ti por recoger el guante cuando te mandamos la invitación, sin pensarlo ni un minuto y tampoco se lo pensó ni un minuto e la doctora María Fernández Prada. Ella es del servicio de medicina preventiva y salud pública del Hospital Vital Álvarez Builla de Mieres, Asturias. María, bienvenida. Muchas gracias por la invitación. Bueno, muchas gracias a las dos. Como hemos tenido un periodo un poco de relax sin webinar, eh, voy a recordar un poco cómo funciona el formato. Vale, lo que hacemos es que tenéis habilitado el chat para poder mandarnos preguntas a través de él en lo que estemos en ese periodo de discusión. Vamos a empezar con algunas preguntas con las doctoras.

Eh, algunas de ellas nos las habéis hecho llegar a través de las asociaciones de pacientes y también a través del correo que os dejamos: comunicacion@ser. Eh, y bueno, podéis ir escribiéndolas ahí y las eh iremos resolviendo. Aquí sí que os recuerdo que esto eh no sustituye a una consulta clínica en el médico porque no tenemos el historial, con lo cual pues os agradecemos que las preguntas sean eh lo más abiertas posibles y lo más generalistas posibles, que nos puedan ayudar a todos.

Y bueno, pues el webinar se va a quedar grabado, lo vamos a compartir luego en el canal de YouTube de la Sociedad Española de Reumatología y en la página web de inforreuma.com, así que ahí lo vais a a poder ver y también pues a través de las asociaciones de pacientes, que como digo, estamos muy agradecidos de su colaboración en este tipo de actividades. Aquí en España comenzamos un periodo en el que, bueno, pues en las distintas comunidades autónomas, en algunas empieza más a finales de septiembre, en otras más a primeros de octubre, empieza ese periodo de vacunación de la gripe. Y eh bueno, pues siempre el tema de la vacunación conlleva muchas dudas en los pacientes con enfermedades reumáticas, sobre todo en aquellos pacientes eh que tienen que tomar tratamiento inmunosupresor.

Sí que en este sentido realizamos y pudo participar la doctora Virginia Moreira en él junto con la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía una guía, un díptico sobre vacunación en enfermedades inmunomediadas que está disponible en la web de inforuma.com y que puede servir y ser extrapolable esa información a otras comunidades autónomas y y bueno, incluso a otros países, porque al final se habla de de vacunación en IMIT. Eh, y si os parece, eh, bueno, pues habiendo mencionado este documento de recomendaciones, vamos a irnos un poco a empezar por la población general, ¿no? Por eh todo lo que es eh la importancia que tiene la vacunación. Eh, María, aquí eh en el papel de la medicina preventiva, la vacunación eh podemos decir que es uno de los pilares fundamentales.

Efectivamente, muchas veces los pacientes llegan a las consultas de vacunas, a las unidades de vacunación que están dentro de los servicios de medicina preventiva y salud pública en la mayor parte de los hospitales públicos y también cada vez más los hospitales privados de nuestro país, ¿no? Y muchas veces los pacientes cuando llegan no tienen claro qué información van a recibir, porque a veces el concepto de la medicina preventiva es tan amplio que que no tienen esa concreción, ¿no? En muchas ocasiones los facultativos que les hacen esa derivación les comentan que ahí van a recibir vacunas, que se le va a dar se les va a dar unos consejos y demás, pero bueno, otras veces el mensaje pasa un poco más desapercibido y llegan un tanto desorientados preguntando qué es la medicina preventiva, ¿no?

Entonces, sí que me gustaría en este foro tan de pacientes, ¿no?, y tan de personas que necesitan este tipo de de servicios, ¿no?, como el de medicina preventiva y salud pública, explicar que la medicina preventiva, el objetivo principal de esta especialidad es evitar la aparición, la progresión y sobre todo también las secuelas y las complicaciones de ciertas enfermedades, ¿no? Entonces, dentro de los pilares de la medicina preventiva destacan, por supuesto, la promoción de la salud. La promoción de la salud a través de la educación para la salud, los estilos de vida saludables, pues una correcta alimentación, la promoción del ejercicio físico, evitar el tabaco, el alcohol, tener una adecuada higiene del sueño. Destaca también la prevención primaria, ¿no?

Esa prevención que muchas veces hacemos, por supuesto, a través de la vacunación, evitar que una enfermedad aparezca. La prevención secundaria, que la conocemos principalmente por el papel que tienen los cribados, ¿no? El cribado de cáncer de mama, cáncer de colon, todo eso es medicina preventiva, la prevención terciaria, ¿no? Cuando ya tenemos una enfermedad y lo que queremos es evitar esas complicaciones o evitar esas secuelas. Una persona diabética queremos evitar que desarrolle la enfermedad del pie diabético, no queremos que los cuidados sean adecuados para evitar una complicación grave de esa enfermedad. la prevención cuaternaria que también existe y es evitar pues

esos efectos a veces indeseados que tiene la propia asistencia sanitaria y por supuesto también la protección de la salud.

Entonces dentro de esta variabilidad o dentro de este espectro, ¿no?, que ocupa la medicina preventiva, las vacunas, como decías Ana, son un pilar fundamental. Un pilar fundamental porque previenen enfermedades infecciosas graves como sarampión, como poliomielitis, como difteria, meningitis. Previenen sus secuelas. Fijaos si son invalidantes y las importantes secuelas que tenían las personas que han padecido, que padecieron poliomielitis, las personas con meningitis, que desafortunadamente todavía la meningitis por meningococo pues existe y es una enfermedad con importantísimas secuelas, cada vez hay una incidencia menor gracias a la vacunación.

Por otro lado, también son importantes porque provocan o producen más bien eh una protección individual de la que recibe colectivo, ¿no? inmunidad de grupo que digamos que tiene un es un concepto mucho más técnico que que la esa inmunidad de grupo, pero pero nos sirve para darnos cuenta de que cuando vacunamos en primera persona estamos protegiendo a los que rodean. Reducen la eh transmisión de virus y bacterias. Por otro lado, un importante impacto a nivel global y un impacto histórico. Hemos llegado a erradicar enfermedades, ¿no? Como por ejemplo la viruela. Ojalá a futuro. También hablamos de la erradicación del virus del papiloma humano. Hablamos también de que las vacunas cumplen un importante papel económico y social.

Hay estudios que hablan de que la inversión euro en una vacuna, retorna hasta 19 € en el ámbito social, en el económico. Evitamos bajas laborales, absentismo laboral, evitamos secuelas, evitamos la pérdida de productividad. Es decir, tiene un importante retorno a nivel social. Y ya por último, por supuesto, pues nos ayudan a controlar pandemias y epidemias. María, eh, decía yo al principio que en España el calendario de vacunación es dependiente de las distintas comunidades autónomas. Esto pues a veces puede generar e angustia o preocupación en la población, ¿no?, sobre si depende en qué zona de España vivimos o en qué comunidad autónoma estamos mejor o peor vacunados, ¿no? Eh, podemos estar tranquilos. El en España en general podríamos decir que cumplimos con ese calendario de vacunación recomendado o qué habría que mejorar.

Entre los años 70 y 80 fue cuando se produjo la descentralización en materia de sanidad. el gobierno central a las comunidades autónomas. Eso ha tenido unas importantes ventajas históricas a la hora de poder gestionar de una manera adecuada los recursos de cada comunidad y también adaptarla a sus poblaciones. Sin embargo, cuando hablamos de vacunas siempre ha existido una importante preocupación hacia lo que nosotros la desarmonización del calendario. Eso significa que desde el ministerio se emiten una serie

deendadas a cumplir tanto en el calendario en la etapa infantil como la de la etapa del adulto, ¿no?

Y luego son las comunidades autónomas las que deciden en función de sus presupuestos y también su epidemiología qué vacunas son las que se incorporan en mayor o menor medida antes o después a los calendarios de esas comunidades autónomas. Entonces, comparto contigo en que esto, y no lo has dicho tú, pero lo digo yo, a veces podría suponer inequidades en salud, porque el acceso a ciertas vacunas de manera financiada puede ser diferente en unas comunidades y en otras. Pero sí puedo deciros que en los últimos años eh las recomendaciones que emitía al ministerio se han incorporado de una manera más ágil que antiguamente y que hoy por hoy existe una mayor homogeneidad en el calendario de vacunación, sobre todo en la etapa pediátrica y cada vez más en el adulto. No es perfecto. Soy consciente de ello.

Hay comunidades autónomas que inician antes unas vacunas en grupos de riesgo, en personas en situación de inmunodepresión o inmunocompromiso antes que en otras. Hay comunidades que financian estas vacunas para unas edades y para otras no. O sea, pero en general, si cumpliéramos al 100% con todas las recomendaciones que cada comunidad autónoma tiene indicadas y financiadas para los pacientes que están en situaciones especiales, estaríamos haciendo ya muchísimo bien y los pacientes obtendrían un grandísimo beneficio. Virginia, yo creo que con la exposición de María ha quedado clarísimo la importancia de la vacunación, ¿no? y y esa prevención que hacen en las enfermedades en la población sana.

Pero, ¿por qué es especialmente importante que las personas con enfermedades reumáticas se vacunen y en especial eh que presten atención a la vacunación y que hablen de ello con los profesionales de reumatología? Eh, los pacientes que tienen eh patologías inmunomediadas. Bueno, eh sabemos y están altamente recomendadas eh que la vacunación es fundamental en los pacientes con enfermedades reumáticas y especialmente en aquellos que tienen enfermedades inmunomediadas y enfermedades autoinmunes sistémicas, eh, ya que estos pacientes tienen un riesgo aumentado de de tener infecciones y que estas infecciones cursen de forma grave. Estos riesgos van a venir dados, por una parte porque eh la propia enfermedad genera una disfunción de las defensas del paciente por la propia enfermedad.

Los tratamientos que utilizamos para controlarlas son medicamentos inmunosupresores, con lo cual bajamos aún más la defensa de un paciente ya de por sí vulnerable. Y además estos pacientes suelen tener comorbilidades, que son enfermedades que se suelen asociar a las enfermedades eh reumáticas como eh la diabetes, la enfermedad renal o la enfermedad pulmonar que aumentan aún más el riesgo de de infección y de eh

complicación. Por todo esto solemos recomendar eh las vacunas en estos pacientes. Yo te iba a preguntar eh bueno, si os parece, primero le voy a preguntar a María que nos explique porque existen distintos tipos de vacunas. Algunas de ellas son vacunas inactivadas, otras son vacunas vivas. ¿Qué diferencia hay entre ellas? ¿Qué tipos de vacunas podemos encontrar a día de hoy?

Eso es, existen diferentes clasificaciones cuando hablamos de vacunas, ¿vale? Pero hay una clasificación muy clásica que es la diferenciación entre las vacunas vivas atenuadas y las vacunas muertas o inactivadas. Las vacunas vivas atenuadas son aquellas como, por ejemplo, la vacuna del sarampión rubeolatoriditis, que es la vacuna triple vírica, la vacuna frente a varicela, la vacuna frente a fiebre amarilla, la vacuna frente al dengue también, ¿vale? Existen diferentes vacunas vivas atenuadas que lo que hacen es contener el virus entero. Sin embargo, está atenuado por medio de algún método físico o químico. Es decir, digamos que el virus está entero, pero le damos un toquecito con capacidad de inducir, en este caso, la vacuna, la protección sin que provoque la enfermedad frente a la que pretende proteger. ¿Vale?

Eso se ese es el concepto de atenuación. El virus está vivo, pero está un poco atontado. ¿Vale? Estas vacunas son vacunas que están contraindicadas en los pacientes que tienen enfermedades reumáticas y están con un tratamiento inmunosupresor o inmunomodular inmunomodulador activo, incluso cuando no tienen estos tratamientos, pero concretamente en el caso de los corticoides pueden estar a dosis altas durante un tiempo determinado que también ejerce cierto efecto inmunosupresor. Entonces, no deben recibir los pacientes en estas situaciones de inmunosupresores, inmunomoduladores, corticoides a altas dosis, vacunas vivas atenuadas, porque al tener el sistema inmune debilitado, como decía Virginia, sí que la vacuna puede producirle la enfermedad frente a la que le pretende proteger, ¿vale?

En condiciones en las en las que el paciente presenta una enfermedad reumática, pero no se encuentra en tratamiento inmunosupresor o inmunomodulador o está con unas dosis muy bajitas de corticoides porque no tiene brotes, porque es una dosis de mantenimiento por lo que corresponda, se debe valorar y en general en estas situaciones, evidentemente hay que valorarlo de manera individualizada, pero no existiría una contraindicación como tal, podrían recibirlas, ¿vale? Las vacunas inactivadas o muertas son aquellas que contienen un fragmento o una subunidad de ese virus o esa bacteria, ¿vale? Entonces, jamás puede producir bajo ninguna circunstancia, ni tampoco cuando están con tratamiento activo, jamás pueden producir la enfermedad frente a la que pretenden proteger.

En este caso estoy hablando, por ejemplo, de la vacuna de neumococo, estoy hablando, por ejemplo, de la vacuna frente a herpes zóster de subunidades, estoy hablando de la vacuna frente a virus respiratorio sincitial, hepatitis, por supuesto, gripe, por supuesto, COVID. son vacunas muertas o inactivadas y son susceptibles de, en este caso, utilizar en personas que están con tratamientos eh con tratamientos activos, ¿no?, deología reumática. Esa es una clasificación muy importante cuando nos le explicamos al paciente, pues vamos a vas a recibir estas vacunas. Yo siempre les digo, estas vacunas son compatibles con todos tus tratamientos, no interfieren de ninguna manera, ni van a alterar para nada la eficacia del tratamiento, ni van a suponer mayor reactogenicidad, ni van para nada y las puedes recibir.

Sin embargo, hay otras que a veces el paciente las necesitas vivas atenuadas cuando está con el tratamiento activo. Bueno, has mencionado, María, que la valoración debe ser individualizada, pero Virginia, ¿qué vacunas son recomendables en las personas con enfermedades reumáticas? ¿Cuáles se deberían de poner? Y ya con esto también enlace con una pregunta que nos ha llegado de de una persona que nos pregunta es qué vacunación debería de recibir antes de iniciar un tratamiento biológico. Bueno, eh si utilizamos esa división que ha hecho María, esa clasificación, en cuanto a las vacunas inactivadas, lo ideal sería la vacuna frente a la gripe y el covid recibirla todos los años. Luego la vacuna del neumoco eh deberían ponérsela todos los pacientes.

En general, durante estos últimos años han ido surgiendo distintas distintos tipos de vacunas para el neumococo. Hoy en día la que más se está utilizando es la vacante valente y que solamente se necesita a los pacientes una única dosis. Aunque eh si esta no está disponible, podemos utilizar la pauta de vacunación secuencial de primero la 13 valentes y luego la 23. Pero eso sería en caso de que la vacuna 20 valentes no estuviera eh disponible. Luego, la vacuna del Pezzoster, según el Consejo Interterritorial de Salud, estaría financiada o indicada en pacientes por encima de 50 años que reciben tratamiento inmunosupresor y en todos los que reciben eh fármacos inhibidores de Jack. Después podemos discutir un poquito más esto en en extenso, ¿no?

Luego la vacuna del tétano e la tétanodisteria yferina, pues habría que revisar eh la pauta que ha recibido el paciente y completarla si no ha recibido cinco dosis. La hepatitis A y B va a depender del riesgo del paciente. Nosotros en general solemos eh recomendar la vacuna de la de la hepatitis B si el paciente no está inmunizado. Esto se mira con una analítica. Y si no es así, pues se recomiendan tres dosis de esa vacuna. Y luego la vacuna del papiloma que no estaría financiada para para la mayoría de los pacientes adultos, solamente en casos de de pacientes de riesgo en función de de sus patologías, de sus

situaciones, eh sobre todo se recomienda en pacientes jóvenes y en mujeres que ya tienen lesiones cervicales.

Luego, entonces, un poco como resumen fundamental, la gripe y el COVID todos los años, neumococos, es una dosis, el herpes serían dos dosis, eh, si lo tiene indicado el paciente o su comunidad autónoma lo financia para todos los tratamientos inmunosupresores, por ejemplo, es el caso de Andalucía, eh, todos los pacientes con tratamiento inmunosupresor en Andalucía, los adultos tienen financiada la vacuna del herpes, el tetan en función de lo que hayan recibido. la hepatitis A y B en función del riesgo y el virus del papiloma sí entra dentro de esas poblaciones de riesgo. Eso serían dentro de las vacunas inactivadas que pueden recibir todos los pacientes. ¿Qué ocurre con las vacunas con virus vivos? Las principales en nuestro medio, ¿no? La vacuna de la varicela y la triple vírica, como ha dicho María, sarampión, rubéola, parotiditis.

Si lo que habría que lo ideal sería antes de iniciar el tratamiento revisar si el paciente tiene inmunidad. Con una analítica sabemos si o bien ha pasado la infección o ha recibido la vacuna. Si no es, si no tiene inmunidad, lo ideal sería vacunarlo al menos 4 semanas antes de empezar con el tratamiento inmunosupresor. Y si la situación de la enfermedad no permite esperar esa ventana de tiempo, pues una vez que se inicia el tratamiento ya el paciente no podría recibir la vacuna. Virginia, has contestado a una de las preguntas que nos ha llegado porque decían que si convendría, ¿no? Es una persona que tiene síndrome de Yergin y nos decía que sin estar inmunodeprimida si convendría que se pusiera la vacuna del COVID anualmente. Así que bueno, pues ahí hemos dejado esa recomendación de la gripe y el COVID que me la has respondido.

Eh, ¿tendrían también las personas con enfermedades reumáticas que prestar atención a la vacunación en función de distintas etapas? vitales, pues por ejemplo una mujer eh que quiera quedarse embarazada o una mujer que esté embarazada, ¿no?, en los distintos procesos o también las enfermedades reumáticas afectan a los niños, ¿no? En este sentido, ¿qué relación puede tener el calendario vacunal de un niño eh sano con relación a un niño que está diagnosticado y que tiene un tratamiento pues a lo mejor para la II, para el lupus o para cualquier otra eh enfermedad reumática? Esto os lo lanzo un poco a las dos. Eh, no sé si igual si Virginia eh y luego María quiere completar o o la que queráis un poco empezar.

Bueno, si queréis comento yo un poco el tema del embarazo y luego le dejo los niños a María, que seguro que se que sabe mucho más de vacunas que en los niños. Bueno, en cuanto al embarazo, yo diría que hay eh como varias cuestiones importantes, ¿no? Durante el embarazo, las vacunas con virus vivos están contraindicadas, eh pueden ser perjudiciales para el feto y no las debe recibir la mujer embarazada. Las vacunas

inactivadas en general son todas eh compatibles con la gestación y luego hay tres que son muy importantes, la gripe y el covid que se pueden poner durante la campaña independientemente de la semana de gestación. O sea, la mujer cuando venga la campaña de la gripe y se esté embarazada, independiente del momento se puede poner la vacuna.

Y luego la vacuna de la toosferina, que sí que eh que como sabéis lleva ya unos años eh siendo altamente recomendada para las pacientes embarazadas, que esa sí que tiene un momento ideal eh de ponérselo alrededor de la semana 28. Eso sería las vacunas inactivadas. Y luego una cuestión importante en las pacientes con enfermedades reumáticas que están embarazadas es que si están recibiendo terapia biológica durante el embarazo, una vez que nace el bebé, si eh no puede ponerse vacunas con virus vivo en los primeros 6 meses. Que yo sepa, en el calendario vacunal español la única vacuna con virus vivos que hay durante los primeros 6 meses es el rotavirus. Entonces, esa vacuna, que es esta vacuna oral que se le da a los niños para evitar la diarrea, pues esas no se podría administrada hay más diagnósticos, ¿no?

Sobre todo por esa mejora en la detección de las enfermedades y también los medios que tenemos para tratarlas, pues cada vez hay más niños con enfermedades tipo artritisopática juvenil o lupus. Entonces, esos niños eh deben seguir su calendario sistemático a lo largo de la vida, teniendo en cuenta estas cuestiones que hablamos sobre vacunas vivas atenuadas, que si están con tratamientos no las deben recibir. Y luego, especialmente tenemos que preocuparnos en proteger frente a la gripe, que ahora en los niños entre 6 meses y 59 meses en toda España se hace una vacunación sistemática, ¿no?, por edad, pero en otras situaciones y en otros niños de otras edades, pues si tienen eh antecedentes médicos de interés, enfermedades crónicas, deben recibirla.

Y por otro lado, también hay una vacuna que en Ceuta, en Melilla y en Cataluña está incluida en el calendario sistemático infantil, pero en el resto de comunidades autónomas, ¿no?, que es la vacuna frente a hepatitis A, que la debemos valorar en los niños que reciben ciertos fármacos que pueden tener metabolismo hepático.

Entonces, en general se recomienda que reciban las vacunas dos y separadas de 6 meses, vacuna infantil hasta los 18 años de edad de hepatitis A, ¿vale? en en Cataluña, Ceuta y Melilla, estos niños que están en estas situaciones médicas, no hay que preocuparse porque la tienen incluida en su calendario, pero en el resto de comunidades sí que solemos hacer bastante hincapié en que puedan complementar sus su calendario de vacunación. en niños que tienen una edad un poquito más avanzada y que han podido recibir sus vacunas, por ejemplo, frente a neumococo, atendiendo al calendario que les iba correspondiendo por edad, ¿no? Imaginaos un niño de 9, 10 años, 11 años, que tiene

una artritis hepopática juvenil, que se diagnostica ahora y que hasta esta fecha ha estado recibiendo sus vacunas según su calendario normal.

Pues, por ejemplo, algo que ha comentado Virginia es ese panorama que ha cambiado mucho con respecto a la vacunación antineumocócica y aunque haya podido recibir las vacunas del neumó conjugada 13 valente, el Prevenar 13, ¿no?, que los padres lo conocen muy bien, eh, en el calendario infantil, debemos revisar su calendario para que al haber una nueva vacuna, este niño se puede beneficiar de esta actualización. Y por otro lado, también hay que tener en cuenta que hoy por hoy los niños en calendario sistemático reciben en función de la comunidad. Algunas comunidades a los 10 años Asturias, otras comunidades a los 12 reciben la vacuna frente a papiloma, ¿no? Virus de papiloma humano. Esos niños y esas niñas la están recibiendo ya de manera sistemática.

Sin embargo, si están en momento con esa edad, en el momento que van a recibir esta vacuna de manera sistemática, están con un tratamiento inmunosupresor, inmunomodulador, en lugar de recibir solamente una dosis, como ya se recomienda por parte del Consejo Interterritorial, en lugar de recibir una dosis, deben recibir tres dosis, ¿vale? Porque están en una situación pues un poquito de mayor necesidad de protección y por tanto esa única dosis deberíamos completarla.

Por eso hay que valorar muy bien el tipo de enfermedad, por supuesto, la situación de salud del paciente, la medicación que tiene activamente ese paciente y la edad a la que se ha diagnosticado la enfermedad, ha iniciado el tratamiento inmunosupresor y ver qué vacunas de su calendario se mantienen, qué vacunas estarían contraindicadas, como por ejemplo un niño de 2 3 años no podría recibir las vacunas triple vírica o varicela según el calendario. Y también debemos valorar si necesita dosis adicionales de esa vacuna. ¿Vale? Decía yo al inicio del webinar que aquí en España nos hemos tomado un periodo de vacaciones estivales de verano.

En este periodo de vacaciones mucha gente aprovecha para viajar al extranjero y esto también puede ser un motivo de preocupación a la hora de tener que vacunarse o no de determinadas eh virus si vamos a viajar a determinadas zonas. Y esto también enlaza con la importancia que es eh esa relación médico paciente, ¿no? De quizá yo voy al reumatólogo, tengo diagnosticada una enfermedad reumática, me voy a ir de viaje eh a un país en el que probablemente sean necesarias unas vacunas específicas, que en mi país de residencia no. Y cuánto importante es que yo se lo cuente a mi reumatólogo para que me diga qué es lo que debo hacer. No es para Virginia o para mí o respondemos las dos en conjunto. Virginia, ¿qué qué pasa cuando los pacientes te comentan? Voy a ir de viaje. Yo diría que cuando hay que hacer eh viajes a a zonas de riesgo, ¿no?

De que hay determinadas enfermedades que son endémicas y que necesitan ese tipo de vacunas, lo ideal es planificar el viaje con mucho tiempo, porque tenemos que ir a los centros de sanidad exterior para que nos digan qué vacunas necesitamos. Allí también se valora qué enfermedad tenemos y qué tratamiento estamos recibiendo. Y hay que hacer eh bueno, en función de qué vacunas necesitamos, un balance entre el beneficio de la vacuna en función de cuánto de cuántos riesgos hay en esa zona de esa enfermedad en concreto, cómo está mi enfermedad y qué y qué tratamiento estoy recibiendo. Hay pacientes que ya de entrada después de esa de esa visita probablemente van a pensar en realizar otro viaje simplemente yendo allí porque no conocían esos riesgos.

Igual si es un viaje de ocio, pues no le importa cambiar el destino, por eso es importante hacerlo con tiempo. Y hay otros pacientes que si la situación eh lo permite, pues igual se puede hacer algún ajuste de tratamiento si el riesgo de esa enfermedad es muy alto y eh intentar que se vacune. Lo el mensaje es que lo principal es que las vacunas con virus vivos no se pueden administrar en los pacientes con enfermedades autoinmunes que están recibiendo tratamiento inmunosupresor. Pero si lo hacemos con tiempo, hay podemos valorar el beneficio y el riesgo según el caso concreto.

Y en general, otra de las dudas que muchas veces surgen, ¿no?, tanto a la población general como a las personas que tengan diagnosticada una enfermedad reumática, inmunomediada o cualquier tipo de enfermedad, es el posible efecto adverso, ¿no?, de de las vacunas o esos posibles efectos secundarios. E, ¿qué le podemos decir a estas personas que todavía tienen dudas, por un lado, de si las vacunas son seguras y, por otro, que a lo mejor no tienen dudas de que sean seguras? lo saben, hacen caso eh de la recomendación médica y se vacunan, pero eh tienen esa preocupación de si a lo mejor pues por su patología reumática van a poder tener más efecto secundario o eh si van a poder tener un brote en un momento dado o si el dolor articular que tienen pues va a poder ser un poquito mayor durante algunos días. ¿Qué les podemos decir a estas personas?

Tenemos que saber que las vacunas son hoy por hoy el medicamento más seguro que existe, ¿vale? Por varios motivos que os voy a explicar ahora. Sin embargo, son un medicamento y como cualquier medicamento, no están exentas de reacciones adversas. ¿Vale? Digo que las vacunas son el medicamento más seguro que hay hoy en día. Por un lado, y voy a partir de una base muy muy base, porque los ensayos clínicos que se realizan con vacunas incluyen un mayor número de personas que cualquier otro medicamento. Es decir, pensad que las vacunas se administran a volúmenes muy grandes de población, por tanto, necesitamos asegurar que son, bueno, volúmenes muy grandes de población y

además mayoritariamente se administran en personas sanas o personas en situaciones especiales.

Entonces, tenemos que pensar que grandes volúmenes de poblaciones para de grandes volúmenes de personas, incluidas en ensayos clínicos, las vacunas se dirigen a gente sana. No podemos permitirnos el lujo de que sea un medicamento que se administra a gente sana o en situaciones especiales y que el medicamento provoque daño, ¿vale? Entonces, por un son seguras porque incluyen un mayor número de personas los ensayos clínicos que cualquier otro medicamento. Eso me da pie a cualquier tipo de reacción adversa que se pueda producir ya en los ensayicos, no antes de que la vacuna se ponga en el mercado.

Por otro lado, los controles a los evalúan, ¿no?, que la evaluación de calidad a las que las vacunas son sometidas son muchísimo más exigentes que cualquier otro. medicamento más exigentes, más tened en cuenta que una vacuna a veces de desde el proceso diseño de la necesidad hasta la del mercado puede tardar hasta 10 años, ¿vale? Es decir, los controles de calidad son superestrictos. El volumen de personas en los ensayos clínicos que se incluyen es elevadísimo. Luego, como digo, se ponen a personas sanas o en sitiones especiales, por tanto, tenemos que asegurarnos que no haya reacciones adversas. Más frecuentes que puede hacer con las vacunas.

Si aparece algún tipo de reacción, que muchas veces no aparece ningún tipo de reacción, las más frecuentes son las de tipo local, ¿vale? que duela un poquito el brazo, que se ponga rojo, duro, caliente, que se pueda inflamar, que pueda darnos un poquito de picor en la zona. Es absolutamente normal que lo notemos al dar la vuelta, al girar en la cama. Como yo les digo muchas veces, lo vas a notar al girar en la cama esta noche. Eh, a veces eh puede aparecer, y esto es en muy muy raras ocasiones, reacciones más importantes, ¿no? Como tipo anafilaxia. ¿Sabéis cuál es la frecuencia de aparición de anafilaxas?

La vacunación. un de cada 1,illón y medio de vacunas administradas, o sea, la frecuencia es baja, lo más frecuente es lo local, también un poquito de fiebre, de cansancio, puede aparecer a veces exactamente igual que en los niños y algo muy muy infción adversa grave. Siempre decimos que todos los puntos de vacunación, centros de salud, hospitales, tienen que tener una correcta señalización para la identificación acciones graves, medicación para el tratamiento de esas reacciones graves y, por supuesto, un protocolo de comunicación intrahospitalario, un protocolo de comunicación dentro del centro de salud para abordar esas reacciones. Todos los puntos de vacunación lo tenemos. Sin embargo, lo más frecuente es que diga al paciente que le duele el brazo.

Solamente una de cada 1,illón y medio de vacunas administradas, fijaos si hay que administrar dosis, podr provocar una reacción adversa grave. Virginia, nos preguntan por

aquí, eh, esta pregunta es más específica sobre pacientes con enfermedades reumáticas, ¿no? Porque nos dicen que aquellos pacientes que reciben metotrexato en forma semanal, eh, ¿qué vacunas deberían de recibir teniendo en cuenta que tienen un tratamiento de larga duración? pues las que hemos comentado antes, la gripe y el covid eh anual, el neumoco eh una dosis de la veinte valente.

El herpes zoster nosotros también lo estamos recomendando en los pacientes con metotrexato, aunque como hemos visto antes, no estaría incluida en todas las comunidades, aunque es recomendable y si la esa comunidad no lo financia y el paciente lo desea, se lo puede comprar él. y y el tétano, pues lo ideal sería eh revisar, como hemos dicho antes, la si ha recibido las cinco dosis. Hm. Nosotros de todas maneras antes de empezar con tratamientos siempre sacamos una serología de hepatitis B y C y si el paciente no está inmunizado le recomendamos que se que se vacúe. Eh, también nos preguntan en las últimas semanas, sí. Ah, decía que en las últimas semanas y sobre todo porque hay muchos pacientes aquí, algunas comunidades autónomas han empezado a vacunar frente al virus respiratorio sincitial.

Esto no se está haciendo de manera global en toda España, ni tampoco para todos los grupos de riesgo, pero hay comunidades autónomas que sí contemplan la vacunación en personas de 60 años en adelante frente a virus respiratorio sincitial, que es un virus que produce producir neumonías sobre todo de 60 años en adelante y más aún si tienen enfermedades autoinmunes. Creo importante simplemente mencionarlo para que los pacientes que nos están escuchando puedan preguntar a su reumatólogo, a su preventivo, a su enfermera o médico de atención primaria, ¿sí? ¿Cómo está la el estado de la cuestión en la comunidad autónoma y también que les informen sobre la vacuna y los beneficios de esta vacuna? Pues muchas gracias por el apunte, María. Aquí les animamos a que pregunten a cualquiera de los canales, ¿no?

Porque muchas veces también hay algunas vacunas que están en el calendario de vacunación y que directamente no hace falta que esperen a lo mejor a la consulta con su especialista de reumatología, que desde atención primaria la enfermera se lo puede resolver de una forma mucho más rápida. Incluso a lo mejor en ese mismo momento si le corresponde se la puede hasta poner y se va con la vacuna en una sola cita, por supuesto. Efectivamente. Eh, te decía, Virginia, que también nos ha llegado una duda que es un poco más específica de patología reumática. Esto es una persona que nos dice que el 6 de octubre se tiene que poner un tratamiento que es un bios similar de Adalimumab, no voy a decir el nombre comercial y que al día siguiente, el día 7 tiene que ponerse la tercera vacuna de la hepatitis.

Si puede haber algún tipo de problema por la cercanía de ambas fechas. Bueno, yo la mayoría de las veces le digo al paciente que no es necesario modificar la pauta del tratamiento, ¿vale? donde es más importante tener en cuenta el momento de la administración es con Rituximap. Eh, con Rituximap lo ideal es que si yo me he puesto mi tratamiento el 1 de enero y me lo tengo que volver a poner en julio, pues me ponga la vacuna meserme mi nuevo ciclo de retim, ¿vale? Ahí sí es muy importante. Y luego con metes a veces recomendamos que una vez que se ha puesto la vacuna al paciente esperen una o dos semanas para volverse administrar el metotresato. Pero en general con la mayoría de los antitf no no modificamos la pauta. Bueno, nos están llegando algunas dudas también sobre la vacuna del RPS Toster y del papiloma humano.

Aquí sí que me gustaría hacer un paréntesis y bueno, pues contar a las personas que nos están siguiendo en directo, que lo van a ver a posterior y que desde la Sociedad Española de Reumatología se está trabajando junto con el Ministerio de Sanidad y con las distintas comunidades autónomas para poder revisar en esos grupos de riesgos en los que a día de hoy no están incluidas eh la vacuna de del herpestoster ni del virus del papiloma humano, ¿no?, en mujeres con lupus y en estos pacientes que sí que eh necesitarían tenerla, pues que estamos trabajando con con ellos por lo que decía María, ¿no? Porque es verdad que a veces se dan situaciones de inequidad y no puede ser que dependa de tu código postal el hecho de de tener una prevención ante determinadas enfermedades o no.

Os decía que nos estaban llegando dudas sobre la vacuna del ERPES toos y una de ellas es eh que nos preguntan si has desarrollado la enfermedad, eh si es conveniente que te vacunes a pesar de que a lo mejor ya hayas eh pasado el herpestoser. Hm. El herpes toster es la reactivación del virus de la varicela, ¿vale? Eso quiere decir que cuando nosotros en la etapa habitualmente infantil o en la adolescencia, hay gente que lo pasa de mayor, pero ya es muy infrecuente, eh, cuando pasamos varicela y no hay complicación y superamos esa enfermedad infecciosa, eh, el virus de la varicela queda acantonado en los ganglios dorsales de la médula espinal. queda acantonado, queda latente, queda durmiendo. Ese virus nos va a acompañar durmiendo toda nuestra vida.

Y en situaciones de bajada de defensas, de estrés agudo importante, de un tratamiento bajada de defensas por cuestiones de salud o por un tratamiento determinado, ese virus que estaba durmiendo se reactiva y en función de la zona, en función del nivel de la médula espinal donde estuviera acantonado, nos produce esa reactivación que no es la el no es la varicela, sino es el virus se llama varicela zoster, en este caso es la manifestación secundaria y es cuando a lo largo de todo el dermat puede ser costal, que puede ser craneal, que si es muy abajo nos puede bajar por debajo siguiendo el nervio ciático. Bueno, pues es cuando aparece el herpes haber tenido un episodio de Herpes Thoster no

significa que no se puede volver a tener otro episodio de Herpes Foster, es decir, no deja inmunidad.

El herpes zoster activación del virus de la varicela zoster. Y si tengo diferentes situaciones o etapas de la vida donde descienden mis defensas por debajo de un nivel determinado, es cuando se produce la reactivación del virus. Por tanto, haber tenido una reactivación, un episodio de Herpes Foster, pues incluso más a mi favor hace que se deba vacunar de herpes. Esa persona ya ha demostrado su organismo que pues ha tenido inmunidad, cierto inmunodepresión que le esa reactivación. Mm. Eh, nos preguntan también si el virus respiratorio es inicial es una vacuna anual como la de la gripe.

Y en este caso eh también nos hacen una doble pregunta, ¿no?, de si este tipo de vacunas anuales de recomendación, pues la gripe, el COVID, etcétera, es conveniente que los pacientes que tienen patologías inmunomediadas se pongan de forma separada o si pueden en una misma, pues lo que decía yo, ¿no? vas a visitar a la enfermera de primaria y te llevas e BD1 a varias vacunas puestas. ¿Cuál sería la recomendación general? Aunque ya decimos que aquí eh la individualización en muchos casos es imprescindible. Eso es pues general lo que queremos hacer al paciente de una manera ágil y darle el mayor beneficio posible.

Y eso se traduce en que si estamos en época de virus respiratorios, en este caso, si estamos en época de gripe y además la vacunación frente a COVID se plantea de una manera paralela a la vacunación frente a gripe, pues lo recomendable es que si no hay una contraindicación mayor que las puede haber, pero en general no las hay, lo más recomendable es que el vacunas te hemos vuelto a perder, María, te hemos vuelto a perder. Lo último que hemos escuchado claramente es lo más recomendable. Así que vuelve a recomendárnoslo y si alguien no nos ha perdido que quede claro. Lo más recomendable es que cuanto antes reciba, en cuanto empiece la campaña de vacunación, en cuanto estén disponibles, que optimicemos el momento de la atención sanitaria y reciba en un brazo una vacuna de gripe y en otro brazo la vacuna de COVID, ¿vale?

Eso no va a implicar que va a tener más reacción, va a implicar descompensación de la enfermedad, ni va a implicar interacción medicamentosa. No va a implicar más allá que va a recibir cuanto antes esa protección, ¿vale? Y en cuanto a la vacuna frente a virus respiratorio, ahora mismo no todas las comunidades han iniciado esa campaña ni se ha aprobado todavía esa campaña de vacunación. La mayor parte de las comunidades, hasta donde yo sé, todas las que han decidido que iniciarán la vacunación, lo van a hacer con una vacuna, que es una vacuna muy parecida a la vacuna de Herpes Foster. Es una vacuna que contiene un antígeno que genera muy buena protección y lo que sabemos hasta la

fecha es que es solamente una dosis y de momento hasta dentro de 3 años, 2 3 años no está todavía definido, no habrá que poner ninguna dosis adicional.

Es decir, la recibiremos ahora, pues en cuanto empiecen en las en las diferentes comunidades. Se va a recibir a lo largo de todo el año. No va a ser una vacuna de campaña como la gripe que empezamos en octubre y terminamos en marzo. Va a ser una vacuna de vacunación continua y a priori solamente una dosis, ¿vale? Y ya veremos si en 2 tr años ahora mismo la vacuna ha demostrado que puede mantener la protección hasta 3 años, pero bueno, veremos a ver si en 2 3 años habría que Valemale, pues entonces nada, les recomendamos lo que decíamos, ¿no? Que cada uno en su comunidad autónoma lo consulte con su enfermera de atención primaria, eh, que seguramente les pueda dar información sobre si pueden o no ponerse porque esté en esa cartera de servicios la vacuna. del virus respiratorio sincitial.

Eh, durante la época de la pandemia, cuando el COVID, eh utilizamos muchos términos y aprendimos muchos términos en cuanto a vacunación, uno de ellos fue el de la inmunidad de rebaño, ¿no? De esa generosidad de que toda la población se vacunase y sobre todo que el ponerse la vacuna hace que protejamos a personas que a lo mejor por una condición de salud determinada no pueden ponerse esa vacuna. Y en este sentido nos ha llegado una pregunta muy bonita, ¿no?, de un familiar en el que nos pregunta que un familiar de una persona con una enfermedad inmunomediada que que esté tomando tratamiento inmunosupresor, ¿de qué debería vacunarse para proteger a esa persona? H a pesar de que, bueno, pues eso, sea una persona sana y que a lo mejor no tenga ninguna profesión de riesgo que tenga que que vacunarse de algo en especial.

La vacunación del conviviente es fundamental. es fundamental porque los convivientes, es decir, el ámbito doméstico es a través del cual se producen el mayor la mayor parte de las transmisiones de virus y bacterias. Entonces, se plantea la vacunación del conviviente de una manera muy sólida desde hace muchísimo tiempo, frente a gripe, por ejemplo, todos los convivientes de pacientes de riesgo deben vacunarse frente a gripe. También durante la pandemia se recomendó de una manera muy insistente la vacunación frente a COVID de estos convivientes.

En las últimas recomendaciones del Ministerio se apuntilla un poquito más que la vacuna frente a COVID en convivientes está especialmente recomendada e indicada en aquellos convivientes de personas con enfermedades o grandes inmunodeprimidos, ¿no? trasplante de médula, trasplante de órgano sólido, personas que están con el rituximab que comentaba Virginia que produce una deplección muy importante de los linfocitos B y eso provoca una inmunodepresión importante en el paciente en cualquier viviente de

paciente inmunodeprimido, por supuesto la gripe, COVID, muy recomendable y sobre todo sobre todo si estamos hablando de un gran inmunodeprimido.

Hay que valorar también la vacunación frente a sarampión, varicela, sobre todo en esos casos que comentaba Virginia, que el paciente está con ese tratamiento inmunosupresor y teniendo la necesidad de recibir, por ejemplo, la vacuna del sarampión, no puede recibirla porque es una vacuna viva atenuada. Entonces, debemos recomendar siempre que todos los hijos, los nietos de esas personas reciban la vacuna triple vírica conforme al calendario o saber si de pequeñitos han pasado la varicela, han pasado el sarampión y por tanto asumimos que están inmunes. Entonces, esto es importantísimo. El ámbito doméstico cobra cada vez más importancia y cala. cada vez está calando más en la sociedad el hecho de protegerse para proteger.

Nos preguntan por aquí eh una paciente que dice, "Me ha quedado claro que a pesar de haber pasado el pestoster tengo que vacunarme de él, pero existe algún periodo eh de vacunación, es decir, tengo que dejar pasar x tiempo desde que he pasado el herpestoser para vacunarme de él. ¿Cuál sería la pauta? En los pacientes de los que estamos hablando que están en situaciones especiales deben recibir la vacuna de RPER una vez se hayan recuperado de las lesiones en la piel, ¿vale? Pueden salir unas vesiculitas que es el herpes tooster, la manifestación cutánea del herpes tooster. Una vez que se hayan recuperado del episodio agudo, pueden recibir la vacuna, aunque puedan tener lo que llamamos neuroserpética, ¿no?

Una de una de cada cuatro personas que padece un herpes fosster puede padecer neuralgia posherpética, que es un dolor continuo y muy largo, muy prolongado en el tiempo. Puede durar meses o años, aunque tuviéramos esa secuela del herpes toster o esa manifestación más prolongada, puede recibir la vacuna. Lo importante es que se recupere de la lesión de las lesiones de la piel. Bueno, nos preguntan por aquí, nos piden disculpas porque dicen que igual es una pregunta eh un poco de pero grullo, pero bueno, es una paciente que está recién diagnosticada, que todavía pues no ha sufrido lo que es un brote, ¿no?

Y que pues que tiene esos miedos de a veces no saber si le van a poner una vacuna y va a tener reacción de la vacuna o eso va a ser producido por su enfermedad. nos dice si las vacunas tienen un periodo en el que pueden dar reacción, es decir, si nosotros podemos tener poner una vacuna y hay un periodo de tiempo en el que los efectos que sentimos se deben a esa vacuna. Principalmente los efectos que podamos sentir son en las primeras 248 horas, sobre todo porque estamos hablando de lo más frecuente que es lo de tipo local. Como digo, esa tarde noche de la vacunación al día siguiente puede durar un par de días esa molestia local. Y si tiene que aparecer fiebre, porque si el paciente le estimula

mucho el sistema inmune, la fiebre no es de tipo infeccioso, ¿vale? El paciente no se está poniendo malo ni le está sentando mal.

La fiebre simplemente es una manifestación de que se está trabajando inmunológicamente, ¿vale? Hay muchos tipos de fiebre, fiebre infecciosa, fiebre oncológica, fiebre posvacunal, ¿vale? Entonces, si aparece fiebre, también va a aparecer en las primeras, principalmente 24 horas. Cualquier reacción los pacientes, fiebre en las primeras 24 horas de las vacunas es de las vacunas, ¿vale? Paracetamol si lo quieres tomar y te esperas y ya está. Fiebre a partir de las 24 horas de las vacunas, lo más probable es que sea de las vacunas. Hay que pensar en un origen de otro tipo, ¿vale? que pueda haber estado solapado, que se pueda haber solapado ese proceso pues de una infección de orina, de una infección respiratoria, de cualquier cuestión, ¿no?

Entonces, lo normal y no es ninguna pregunta de Perogrullo, es de las más frecuentes de cada día nuestro, es que en las primeras 24-48 horas es cuando suelen aparecer y la duración suele ser también de 24-48 horas. Bueno, aquí decir que no hay pregunta mala, que en realidad lo mejor es que consultemos, ¿no? Igual que cuando vamos a la consulta de nuestro especialista, que no nos quedemos con dudas, que nadie nos va a juzgar por tener mayor o menor conocimiento y que lo único pues que sí que yo insisto en que esto no es una consulta médica, que a veces no podemos responder a algunas de las dudas que nos llegan porque son muy personales y es una valoración muy individualizada en la que no tenemos la historia clínica de ese paciente, ¿no?

Pero pero que al final eh cualquier duda eh nunca ningún profesional de la salud nos va a juzgar porque a lo mejor no entendamos un término, porque a lo mejor pues hagamos una pregunta de, oye, el efecto secundario de una vacuna, ¿cuánto tiempo puede ser efecto secundario de la vacuna? No, que es mejor no quedarnos con esas dudas y ahí bueno, pues vosotras lo veréis en las consultas, ¿no? Que es importante que los pacientes os pregunten. Claro, es mucho mejor resolver todas las dudas y que el paciente se vacune, que no que se vaya con dudas y luego no se esa incertidumbre le haga no vacunarse. Hay que resolver todo. Pues ya que vamos a resolver todas, voy a resolver la última.

Voy a hacer la última pregunta que tenemos por aquí por el chat, aparte de que voy a aprovechar para deciros que nos han llegado también muchos mensajes de agradecimiento y de felicitaciones por lo fácil que habéis explicado todo y por todas las respuestas que habéis dado a las preguntas que nos han ido eh llegando. Y bueno, esta última duda es de una paciente que dice que ya se vacuna de la gripe durante todos los años, que se vacuna anualmente de la de la gripe, pero que tiene tratamiento, eh, entiendo que inmunosupresor porque dice que que todo que siempre que se vacuna en los días posteriores tiene un gripazo y que cree que eso se debe a la bajada de defensas.

Entonces, entiendo que el tratamiento que tenga sea inmunosupresor, que si le recomendamos que se la siga poniendo. Por supuesto que sí.

Eso es. unos síntomas que llamamos pseudogripales, ¿no? Como cualquier vacuna, podemos tener cansancio, el cuerpo así como un poco raro, como que parece que me quiere dar un poquito de fiebre. Yo le recomiendo a esa paciente, por ejemplo, que ha tenido esta experiencia previa, no a los pacientes que lo hagan de manera sistemática. Sí, si hemos tenido esa experiencia previa, nos incomoda mucho, nos preocupa, nos genera un poquito de desconfianza. Cuando los pacientes me comentan, "El año pasado es que me puse la vacuna de la gripe y en los días siguientes estuve con el cuerpo como mal, como cortado, como tal, no tuvo nada grave, pero sí es bueno." Pues entonces le digo, pues cuando empieces a sentir, a tener esos síntomas, tómate un paramol porque podemos intentar aplacar un poquito esa sintomatología, ¿vale?

Paracetamol no necesariamente tiene que ser de 1 g, puede ser 650, o sea, que eh se puede tomar sin problema, ¿vale? No, de manera preventiva, por favor, que eso algunos pacientes lo hacen, ¿no? Yo ya me tomé un paracetamol antes de venir a vacunarme, ¿no? O sea, la vacuna tiene que funcionar, tiene que empezar a trabajar y ese paracetamol antes de la vacunación no está indicado, no le aporta ningún valor. El paracetamol que podría aportarle algún tipo de valor a la vacunación, si el paciente lo necesita, no tomarlo de manera rutinaria, es el postvacunal por la tarde noche. Si vemos que me encontrar un poquito mal, a la hora de cenar me tomo un paracetamol, no sistemático, no de rutina, solo si veo que lo necesito.

Vale, pensaba que había llegado una última pregunta y no me va a venir de lujo leerlo el comentario para cerrar este webinar porque es una persona que nos dice que muchísimas gracias, que las ponentes han sido muy claras y que han dado una información muy útil y de una forma magnífica para los pacientes y los familiares. Así que os traslado este agradecimiento y os voy a pedir algún mensaje para llevar a casa, que bueno, entiendo que el mensaje muy simple es que hay que hacer valoraciones individualizadas, ¿no? Y que la recomendación es vacunarse y hablar con los profesionales, pero pero ese cierre de mensajes de webinar, no sé qué qué nos queréis decir cada una de vosotras. Bueno, yo que como soy superpesada con las vacunas con los pacientes, vacunarse siempre. Las vacunas son seguras y son muy eficaces.

Eh, la vacuna de los convivientes también es muy importante, sobre todo con el tema de la gripe, por el efecto que hemos comentado, ese nido que se forma en casa de protección y y nada, que confíen en las vacunas porque tenemos muy reciente la experiencia del COVID, de cómo hemos podido salir de una crisis tan importante gracias a la vacunación. Así que nada, eh, que se vacunen todos los pacientes. Mi mensaje final iría hacia algo muy

concreto, que quizás no lo hemos mencionado, pero que yo creo que es importantísimo. Las vacunas en los pacientes con enfermedades reumáticas tienen como objetivo principal evitar las complicaciones, ¿no? Las formas graves de esas enfermedades infecciosas, ¿no? Pero tienen también un objetivo muy importante y es mantener al paciente estable.

Es decir, si nosotros nos vacunamos, si evitamos una infección, si evitamos sobre todo una infección grave, vamos a evitar la desestabilización de la enfermedad, vamos a evitar un brote. Están descritas en diferentes patologías autoinmunes que cuando tiene una infección respiratoria, una gastroenteritis, se producen brotes de la enfermedad. Son las inales las que pueden desencadenar un brote y no las vacunas. Las vacunas pretenden proteger al paciente y mantener para que siga con sus tratamientos cross de rutina sin necesitar aumentos de dositar cortos. Bueno, pues aquí ya vamos a cerrar.

Yo os agradezco a la doctora Virginia Moreira y a la doctora María Fernández Prada por habernos acompañado en esta tarde, por haber dado todas estas explicaciones que de verdad nos están ahora no paran de llegar agradecimientos, ¿no?, por la información tan útil, por la manera en la que lo habéis contado todo y porque, bueno, ha sido eh un lujo poder contar con vosotras. A quien quiera volver a verlo porque se haya quedado con dudas, pues les recordamos que lo vamos a colgar en la página web de Inforeuma y en el perfil de YouTube de la Sociedad Española de Reumatología. Agradezco de nuevo también a todas las asociaciones de pacientes que nos hacen posible eh realizar estos webinar y también pues divulgarlos, ¿no? Y y darlos a conocer entre sus asociados, que es muy importante también la labor de las asociaciones de pacientes.

Esa recomendación que hacía al principio de la guía en la que ha participado la doctora Virginia Moreira, ¿no?, de de guía de vacunación para eh enfermedades inmunomediadas. Y también aquí se me está ocurriendo que tenemos un podcast grabado de hace ya algún tiempo con la doctora María Fernández Prada sobre vacunación, así que si alguien quiere eh profundizar en el tema, lo puede buscar porque todo este contenido está en Inforeuma. Muchísimas gracias a las dos y seguramente que hagamos algo pronto con vosotras. Muchas gracias.