

Conferencias y Simposios

MESA INTERSOCIETARIA: Vacunación en diabetes una mirada intersocietaria

Natalia Nachón (Sociedad Argentina de Medicina)

Presidente de la Sociedad Argentina de Medicina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

La vacunación es una de las intervenciones preventivas de mayor impacto en la persona con diabetes mellitus (DM), en quien las infecciones inmunoprevenibles presentan mayor incidencia y gravedad¹. Su indicación, no obstante, excede la condición metabólica: menos del 20% presenta únicamente DM, y la mayoría reúne condiciones cardiovasculares, renales o propias del envejecimiento, sobre las que cada especialidad emite recomendaciones válidas y específicas¹. El paciente debe integrarse en un esquema único, priorizarse y prescribirse. En este camino de la recomendación disponible a la prescripción efectiva es donde el proceso se interrumpe.

En una encuesta poblacional argentina sobre 32.365 adultos, la cobertura fue de 51,6% para influenza y 16,2% para neumococo²; en adultos evaluados en 2020 en tres regiones, de 37,7% y 24,7%, respectivamente³. El desconocimiento de las vacunas indicadas y la ausencia de prescripción concentran la mayor proporción de oportunidades perdidas, mientras que el rechazo activo es minoritario⁴. La brecha no se explica, por lo tanto, ni por indisponibilidad de vacunas ni por negativa del paciente.

El efecto atribuible al profesional está cuantificado: ante una actitud favorable del médico, la probabilidad de vacunación alcanza el 90% en pacientes predispuestos y el 87% en reticentes, y desciende al 7% cuando la actitud negativa es compartida⁴. En la cohorte citada, la cobertura ascendió al 71,7% y al 59% en el subgrupo con indicación registrada para ambas vacunas³. El médico clínico cumple aquí una función que no compite con la de las demás especialidades, sino que depende de ellas: recibe recomendaciones emitidas en paralelo, las convierte en un esquema único para un paciente concreto y sostiene su cumplimiento en el seguimiento longitudinal.

La transmisión de información precisa resulta, por sí sola, insuficiente para incrementar las tasas de vacunación⁴. La evidencia respalda la comunicación estructurada como competencia clínica de efecto medible: marcos como ASPIRE, presentar una recomendación explícita, abordar de manera proactiva las preocupaciones sobre seguridad, responder y empatizar, y la entrevista motivacional actúan sobre los determinantes individuales de la decisión y mejoran la aceptación de la vacunación⁴. Su eficacia depende de la confianza y la continuidad del vínculo asistencial, condiciones propias del seguimiento longitudinal del médico clínico. La comunicación clínica constituye así el mecanismo que convierte la indicación en decisión aceptada, y allí reside el mayor margen para reducir la brecha de cobertura vacunal.

Bibliografía

1. Musso C, Mociulsky J, Aranguren F, Debiaggi C, Commendatore V, Rozenek M, et al. Recomendaciones de vacunación para adultos con diabetes mellitus. Rev Soc Argent Diabetes 2026; 60: 123-37.
2. Vizzotti C, Katz N, Stecher D, Aquino A, Juárez MDV, Urueña A. Evaluación del uso en adultos de cuatro vacunas: una encuesta poblacional en Argentina. Medicina (B Aires) 2018; 78: 76-82.
3. Matta MG, Pulido L, Herrera-Paz JJ, et al. Influenza and pneumococcal vaccine prescription for adults during COVID-19 first wave in three regions of Argentina. Vaccine 2023; 41: 1541-4.
4. Nachón MN, Mirofsky M, Durán MV, Savia A, Rosas A, Zunino S, Cámara L, Ledesma R, Milione H, Valdez P. Vacunación en adultos: estrategias prácticas para promover la adherencia. Consejo de Vacunas, Sociedad Argentina de Medicina. Medicina (B Aires) 2025.

Palabras clave: diabetes; vacunas.

INTER-SOCIETY PANEL: Vaccination in diabetes: an inter-society perspective

Natalia Nachón

Argentine Society of Medicine, Autonomous City of Buenos Aires, Argentina

Vaccination is one of the preventive interventions with the greatest impact in people with diabetes, in whom vaccine-preventable infections show higher incidence and severity¹. Its indication, however, extends beyond the metabolic condition: fewer than 20% have diabetes alone, and most also present cardiovascular, renal or age-related conditions, for which each specialty issues valid and specific recommendations¹. These recommendations must be integrated into a single schedule, prioritized and prescribed. It is along this path, from the available recommendation to the effective prescription, that the process breaks down.

In an Argentine population survey of 32,365 adults, coverage was 51.6% for influenza and 16.2% for pneumococcus²; among adults assessed in 2020 in three regions of the country, 37.7% and 24.7%, respectively³. Lack of awareness of the indicated vaccines and the absence of prescription account for the largest share of missed opportunities, whereas active refusal is a minority⁴. The gap is therefore explained neither by vaccine unavailability nor by patient refusal.

The effect attributable to the physician has been quantified: with a favorable physician attitude, the probability of vaccination reaches 90% in willing patients and 87% in hesitant ones, and falls to 7% when a negative attitude is shared by both⁴. In the cohort cited above, coverage rose to 71.7% and 59% in the subgroup with a recorded indication for both vaccines³. Here the internal medicine physician fulfils a function that does not compete with that of the other specialties but rather depends on them: receiving recommendations issued in parallel, converting them into a single schedule for an individual patient, and sustaining its fulfilment throughout longitudinal follow-up.

The transmission of accurate information is, on its own, insufficient to increase vaccination rates⁴. Evidence supports structured communication as a clinical competence with a measurable effect: frameworks such as ASPIRE —presenting an explicit recommendation, proactively addressing safety concerns, responding and empathizing— and motivational interviewing act on the individual determinants of the decision and improve vaccine acceptance⁴. Their effectiveness depends on trust and on continuity of the care relationship, conditions inherent to the longitudinal follow-up provided by the internal medicine physician. Clinical communication thus constitutes the mechanism that turns an indication into an accepted decision, and therein lies the greatest margin for reducing the vaccination coverage gap.

Key words: vaccination; diabetes