



UNIVERSIDAD
MIGUEL
HERNÁNDEZ
FACULTAD DE FARMACIA

GRADO EN FARMACIA

TRABAJO FIN DE GRADO

REVISIÓN SISTEMÁTICA

Biblioteca

TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS: BARRERAS Y LIMITACIONES DE LAS MUJERES EMBARAZADAS ANTE LA VACUNACIÓN

AUTORA: SARAH ANDREEA ZIMBRU

TUTORA: BLANCA LUMBRERAS LACARRA

CONVOCATORIA JUNIO 2024

ÍNDICE

RESUMEN Y ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	6
MATERIALES Y MÉTODOS	10
RESULTADOS	14
DISCUSIÓN	21
BIBLIOGRAFÍA	25



RESUMEN Y ABSTRACT

INTRODUCCIÓN: las tasas de vacunación en el grupo de las embarazadas siguen siendo subóptimas. Uno de los principales motivos propuestos es la vacilación ante la vacunación, aspecto que ha podido tener un mayor impacto después de la pandemia COVID-19. El grupo SAGE (Strategic Advisory Group of Experts on Immunization) de la OMS considera la comunicación en el entorno clínico entre médico y paciente como una herramienta que contribuye positivamente en la aceptación de las vacunas. La toma de decisiones compartida proveyendo información acerca de los beneficios y riesgos de la vacunación constituiría una de las intervenciones más eficaces.

OBJETIVOS: el objetivo principal del presente trabajo es recabar la evidencia disponible acerca de las barreras y limitaciones que surgen en la toma de decisiones compartidas en la vacunación de mujeres embarazadas después de la pandemia COVID-19.

MÉTODOS: Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en tres bases de datos del ámbito de ciencias de la salud (MEDLINE a través de PubMed, Scopus y Embase) sobre artículos originales sobre las barreras y limitaciones de la toma de decisiones compartida ante la vacunación en embarazadas. La revisión y la extracción de las variables de los artículos se llevó a cabo por dos evaluadoras independientes siguiendo las recomendaciones PRISMA. La calidad de los artículos se evaluó a través de las guías STROBE, GUIDED y SRQR, de acuerdo al diseño del estudio.

RESULTADOS: se obtuvieron un total de 1021 artículos, seleccionando finalmente 15 para la revisión: 2 eran estudios cuantitativos transversales, 11 estudios cualitativos y 2 de métodos mixtos. Las barreras encontradas para profesionales sanitarios incluyeron la falta de tiempo, el fuerte deseo de respetar la autonomía de las embarazadas en relación a la vacunación y la falta de conocimiento acerca de los beneficios y riesgos de las vacunas. Para las

mujeres embarazadas, las barreras halladas fueron: la falta de conocimiento, la percepción a la susceptibilidad frente a las enfermedades, el miedo a los efectos secundarios, barreras organizativas en la accesibilidad a la vacunación y creencias.

CONCLUSIONES: la presente revisión recopila las principales barreras presentes en la toma de decisiones frente a la vacunación en embarazadas, por parte de los profesionales sanitarios y las mujeres embarazadas. Se mencionan varias barreras modificables, cuyo abordaje podría contribuir a la implementación de la toma de decisiones compartidas también en el ámbito de la vacunación materna. Asimismo, se describen por primera vez nuevas barreras surgidas a partir de la pandemia del COVID-19.

PALABRAS CLAVE: barreras, toma de decisiones compartidas, vacunación, embarazo, cuidado prenatal.

INTRODUCTION: vaccination uptake in pregnant women is still suboptimal. One of the proposed reasons is the vaccination hesitancy. The SAGE group belonging to the OMS considers communication in clinical settings between doctor and patient to be a tool that contributes positively to the acceptance of vaccination. Shared-decision making, providing information about the benefits and risks of vaccinations would constitute one of the most effective interventions.

OBJECTIVES: the main objective of this work is to review the available evidence about the barriers and limitations for shared decision-making in maternal vaccination after the COVID-19 pandemic.

METHODS: a bibliographic search was conducted in three health science databases (MEDLINE via PubMed, Scopus, and Embase) on original articles about the barriers and limitations of shared decision-making regarding vaccination in pregnant women. The review and extraction of variables from the articles were conducted by two independent evaluators following PRISMA

recommendations. The quality of the articles was assessed using STROBE, GUIDED, and SRQR guidelines, according to the study design

RESULTS: A total of 1021 articles were obtained, finally selecting 15 for review: 2 were cross-sectional quantitative studies, 11 were qualitative studies, and 2 were mixed-methods studies. The barriers found for healthcare professionals included lack of time, a strong desire to respect pregnant women's autonomy regarding vaccination, and lack of knowledge about the benefits and risks of vaccines. For pregnant women, the barriers found were lack of knowledge, perception of susceptibility to diseases, fear of side effects, organizational barriers in accessing vaccination, and beliefs.

CONCLUSIONS: This review gathers the main barriers present in decision-making regarding vaccination in pregnant women, from the perspective of healthcare professionals and pregnant women themselves. Several modifiable barriers are mentioned, the addressing of which could contribute to the implementation of shared decision-making in the field of maternal vaccination. Additionally, new barriers arising from the COVID-19 pandemic are described for the first time

KEYWORDS: barriers, shared decision-making, vaccination, pregnancy, prenatal care.

INTRODUCCIÓN

Durante el embarazo se producen cambios inmunológicos y fisiológicos que incrementan la vulnerabilidad de la mujer frente a las enfermedades infecciosas, las cuales cursan con un grado de mayor severidad y un elevado riesgo de complicaciones.¹

Por ello, las estrategias de inmunización constituyen una parte esencial del cuidado prenatal. Las vacunas tienen una doble función: previenen la infección en la madre y, por otro lado, bloquean la transmisión vertical de enfermedades al feto. Asimismo, la vacunación de la madre confiere inmunidad pasiva al recién nacido mediante el traspaso de inmunoglobulinas maternas a través de la placenta, protegiéndolo en el nacimiento y en sus primeros meses.^{2,3,4}

La vacunación en las mujeres embarazadas es una medida preventiva de aplicación mundial. Sin embargo, las recomendaciones rutinarias varían de país en país, según las políticas nacionales de vacunación.^{4,5} La OMS recomienda de forma rutinaria la vacunación de embarazadas contra la Influenza (vacuna inactivada), tétanos, difteria y tosferina (vacuna Tdap), administrada entre la semana 27-36 de embarazo. En circunstancias especiales, como en situaciones de alto riesgo para la embarazada, también se vacuna de hepatitis A y B, meningococo, Haemophilus influenza tipo B, rabia, entre otros.^{5,6}

A pesar de las recomendaciones de la OMS, las tasas de vacunación en embarazadas siguen siendo subóptimas. En EEUU, durante el 2020 solamente el 61,2 % de las embarazadas fueron vacunadas contra la Influenza, el 56,6% fueron vacunadas con Tdap y el 40,3% recibieron ambas vacunas⁷

Similarmente, la ECDC comparó entre 2007 y 2008 y 2014 y 2015 la cobertura de la vacuna contra la Influenza a embarazadas en 7 países miembros, obteniéndose un rango entre 0,3%-56,1%. Por otro lado, en el resto de los

países no se había monitorizado la vacunación para el grupo de mujeres embarazadas.⁸

Una de las principales razones que explicaría los bajos niveles de vacunación en el grupo de las embarazadas es la vacilación respecto a la vacunación. El grupo de trabajo SAGE (Strategic Advisory Group of Experts on Immunization) de la OMS, la definió en 2012 como la demora en aceptar o rechazar la vacunación recomendada, a pesar de su disponibilidad en los servicios de salud.⁹ La vacilación frente a la vacunación es un fenómeno complejo influido por un gran rango de factores. Por ello, surge la necesidad de un modelo que pudiese explicar con claridad sus factores determinantes. Este es el modelo propuesto por la OMS, de las “3 C”, refiriéndose a “confianza” (nivel de confianza en la efectividad y seguridad de las vacunas como en el profesional de salud) “complacencia” (percepción de que no hay necesidad de vacunarse) y “conveniencia” (disponibilidad y acceso a la vacunación)” Estos determinantes, a su vez, se clasifican en tres grandes categorías: contextuales, individuales y específicas de cada vacuna concreta^{9,10}

Acerca de la vacilación frente a la vacunación en embarazadas, existen varias revisiones que describen las barreras y las limitaciones de la vacunación en este grupo, la mayoría centradas, sobre todo, en la influenza y tosferina.^{11,12} Las principales barreras encontradas fueron dudas sobre la seguridad de las vacunas, la creencia de que no son necesarias o efectivas, falta de recomendación por el profesional de salud, el bajo grado de conocimiento sobre las vacunas y su accesibilidad.^{11,12,13} Por otro lado, un metanálisis clasifica los factores que determinan la aceptación a la vacunación en 8 categorías: la información, la severidad de la enfermedad, la susceptibilidad, el daño percibido que ocasiona la vacuna durante el embarazo, las recomendaciones del profesional sanitario y la historia previa de vacunación.¹⁴

Uno de los tipos de intervenciones frente a la vacilación frente a la vacunación más eficientes la constituye aquella basada en el diálogo entre el paciente y el profesional de salud, con el objetivo de incrementar el conocimiento de las vacunas ^{15,16} Por otro lado, el grupo SAGE considera la comunicación en el entorno clínico como una herramienta que contribuye positivamente en la aceptación de las vacunas. ¹⁰

La toma de decisiones compartidas se enmarcaría dentro de aquellas estrategias de mejorar la comunicación entre el paciente y el médico ¹⁷. Esta constituye el proceso por el cual el profesional sanitario y el paciente, disponiendo de evidencia científica de calidad, participan conjuntamente en alcanzar la decisión más adecuada acorde a las preferencias y valores del paciente. ^{18,19} La toma de decisiones compartidas se asocia con resultados positivos en la práctica clínica: aumenta el conocimiento de los pacientes acerca de las vacunas, reduce el posible conflicto que conlleva la decisión individual e incrementa la satisfacción y la confianza en las decisiones tomadas en el ámbito clínico. ²⁰

Una revisión sistemática y metanálisis pone de manifiesto que la toma de decisiones compartidas es una estrategia efectiva para incrementar las tasas de vacunación y, al mismo tiempo, disminuir la vacilación frente a la vacunación. ¹⁷

No obstante, la recomendación de llevar a cabo una toma de decisiones compartidas en la vacunación se encuentra restringida únicamente a unas pocas enfermedades transmisibles. ²¹ Asimismo, el concepto de toma de decisiones compartidas se lleva manejando desde hace tiempo en otros campos de la medicina, pero está escasamente desarrollado en el campo de la vacunación precisamente por su novedad. Por ese motivo, el desconocimiento de los profesionales sanitarios dificultaría su implantación ²²

Existen algunas revisiones que señalan las barreras y limitaciones de los profesionales sanitarios como de los pacientes ante la implementación de la toma de decisiones compartidas en el ámbito clínico general. Las barreras más frecuentes son la falta de aplicabilidad debido a las características del paciente y de la situación clínica y la falta de tiempo.²³ Además, se añaden la falta de formación en habilidades comunicativas y el desconocimiento de la definición exacta del concepto de toma de decisiones compartidas.²⁴

En cuanto a las barreras y limitaciones en la toma de decisiones compartidas en la vacunación de mujeres embarazadas, hay una revisión sistemática sobre el tema ya publicada en 2020.²⁵ Sin embargo, en los últimos años, a consecuencia de sucesos como la pandemia de Covid-19 y la aparición de nuevas vacunas en el embarazo, los factores que previamente definían la vacilación ante la vacunación en embarazadas pueden haberse visto modificados. Por este motivo, consideramos que realizar una revisión más actualizada estaría justificada, ya que permitiría profundizar en el conocimiento de las barreras y obstáculos de la toma de decisiones compartidas en la vacunación de las mujeres embarazadas. Su estudio podría contribuir a la extensión de la implantación de toma de decisiones compartidas también en el embarazo, en el cual las tasas de vacunación todavía no cumplen con las recomendaciones de la OMS.

Por tanto, el objetivo del presente trabajo es analizar las barreras y limitaciones que surgen en la toma de decisiones compartidas en la vacunación de mujeres embarazadas después de la pandemia COVID-19.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

El presente estudio se centra en la revisión sistemática de las barreras y limitaciones en la toma de decisiones compartidas ante la vacunación en embarazadas.

Para la realización del trabajo, se siguieron las recomendaciones establecidas por la guía PRISMA²⁶ (Preferred Reporting Items for Systematics Reviews and Meta-analyses). Asimismo, la revisión se ha realizado por pares entre las autoras B.J.L.L y S.A.Z.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo consultando algunas de las principales bases de datos en ciencias biomédicas, Medline (a través del buscador Pubmed), Embase y Scopus. Los términos clave elegidos se relacionaron con la vacunación, el embarazo o el cuidado prenatal, la toma de decisiones compartidas y por último, barreras y limitaciones.

A continuación, la ecuación de búsqueda se construyó utilizando los conectores booleanos “AND” y “OR”, para incluir las distintas categorías de términos y para relacionar los términos pertenecientes a una misma categoría, respectivamente.

La ecuación de búsqueda utilizada en la primera base de datos consultada,

Medline, fue:

((("Decision Making"[Mesh] OR ("decision making") OR "Decision Making, Shared"[Mesh] OR (shared decision making) OR "Patient Participation"[Mesh] OR ("patient participation") OR "Choice Behavior"[Mesh] OR ("choice behavior")) AND ("Pregnancy"[MeSH Terms] OR (pregnancy) OR "Pregnant

Women"[Mesh] OR (pregnant women) OR maternal OR antenatal OR prenatal OR pregnan*) AND ("Vaccines"[Mesh] OR vaccin* OR immunis* OR immuniz* OR "Vaccination Hesitancy"[Mesh]) AND (obstacle* OR barrier* anxiety OR doubt* OR trust* OR intent* OR dilemma* OR attitude* OR distrust OR mistrust OR controvers* OR objector* OR awareness OR dropout* OR Perception* OR misconception* OR uptake OR exemption* OR refus* OR misinformation OR barrier* OR belief* OR fear* OR reject* OR oppos* OR choice* OR criticis* OR hesitanc* OR delay OR mandatory OR accept* OR concern* OR compulsory OR knowledge OR confiden* OR decision making OR anti-vaccin*))

Posteriormente se aplicaron los filtros de idiomas, artículos en inglés y español, y un filtro temporal, seleccionando únicamente los artículos publicados a partir del 1 de enero de 2020. Por otra parte, en Medline se hizo uso de un vocabulario controlado, los términos MeSH, y del texto libre.

Para las demás bases de datos, la ecuación de Medline fue adaptada acorde al sistema de búsqueda de cada base:

- **Embase:** ('decision making' OR 'shared decision making' OR 'patient participation' OR 'choice behavior') AND ('pregnancy' OR 'pregnant women' OR maternal OR antenatal OR prenatal OR pregnan*) AND ('vaccines' OR vaccin* OR immunis* OR immuniz* OR 'vaccination hesitancy') AND (obstacle* OR barrier* OR anxiety OR doubt* OR trust* OR intent* OR dilemma* OR attitude* OR distrust OR mistrust OR controvers* OR objector* OR awareness OR dropout* OR perception* OR misconception* OR uptake OR exemption* OR refus* OR misinformation OR belief* OR fear* OR reject* OR oppos* OR choice* OR criticis* OR hesitanc* OR delay OR mandatory OR accept* OR concern* OR compulsory OR knowledge OR confiden* OR 'anti vaccin*') AND (2020:py OR 2021:py OR 2022:py OR 2023:py OR 2024:py)

([english]/lim OR [spanish]/lim). Incluyéndose en la búsqueda los filtros de idiomas y temporales.

A pesar de utilizar los mismos términos de búsqueda que en Medline, la ecuación no arroja los mismos resultados, ya que Embase no utiliza el tesaurus MeSH.

- **Scopus:** TITLE-ABS-KEY (("Decision Making") OR ("Decision Making, Shared") OR (shared AND decision AND making) OR ("Patient Participation") OR ("patient participation") OR ("Choice Behavior") OR ("choice behavior")) AND TITLE-ABS-KEY (("Pregnancy") OR ("Pregnant Women") OR (pregnant AND women)) AND TITLE-ABS-KEY (("Vaccines") OR ("Vaccination Hesitancy") OR (vaccination AND hesitancy)) OR vaccin* OR immunis* OR immuniz* OR anxiety OR doubt* OR trust* OR intent* OR dilemma* OR attitude* OR distrust OR mistrust OR controvers* OR objector* OR awareness OR dropout* OR perception* OR misconception* OR uptake OR exemption* OR refus* OR misinformation OR belief* OR fear* OR reject* OR oppos* OR choice* OR criticis* OR hesitanc* OR delay OR mandatory OR accept* OR concern* OR compulsory OR confiden* OR knowledge AND TITLE-ABS-KEY ((barrier*) OR (obstacle*)) AND PUBYEAR > 2019 AND PUBYEAR < 2025 AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish")) Incluyéndose en la búsqueda los filtros de idiomas y temporales.

SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

Los artículos seleccionados para la presente revisión debían cumplir los siguientes criterios de inclusión: tratarse de artículos originales (estudios observacionales o estudios cualitativos) que examinen las barreras y limitaciones de la implantación de la toma de decisiones compartidas en la vacunación de mujeres embarazadas. Asimismo, debían estar escritos en

inglés y español, con fecha de publicación del año 2020 en adelante, centrados en las vacunas recomendadas en el embarazo.

Para la selección de los artículos que finalmente formarían parte de la revisión, se leyeron, de forma conjunta entre dos autoras, los títulos y resúmenes de todos los artículos recuperados en la búsqueda de las distintas bases de datos. De esta forma, tras y eliminarse los artículos que apareciesen duplicados, se determinó un primer listado de artículos aptos para su inclusión, procediendo con la lectura de los artículos completos. Los artículos que tras su lectura completa no tratasen el tema objeto de la revisión se descartaron, seleccionándose finalmente un total de 15 artículos.

Una vez determinados los artículos a incluir en la revisión, se elaboró una hoja de excel donde se extrajeron las variables más relevantes de los artículos, siendo estas la referencia, año de publicación, país, objetivo, vacuna estudiada, tipo de estudio, ámbito de estudio, población (tamaño muestro, criterios de inclusión y características de la población incluida), procedimiento, resultados (señalando barreras y limitaciones) y conclusiones.

Finalmente, se procedió a analizar la calidad de los artículos incluidos con la ayuda de 3 guías, según el tipo de estudio. En estudios cuantitativos transversales (2 de ellos) se pasó la guía STROBE²⁷; para los estudios cualitativos se utilizó la guía SRQR²⁸ y, por último, en los estudios de intervención se pasó la guía GUIDED²⁹ (Guidance for Reporting Intervention Development Studies in Health Research)

RESULTADOS

SELECCIÓN DE LOS ESTUDIOS

En la búsqueda a través de Medline se obtuvieron 327 resultados, y a través de las bases de Scopus y Embase se obtuvieron conjuntamente 901 resultados, sumando un total de 1.228 artículos. De estos, un total de 207 eran artículos duplicados, quedando 1.021 resultados para leer el título y el resumen. Tras su lectura, se excluyeron 940 artículos, pasando a leer el texto completo de 81 artículos con el fin de decidir su inclusión final en la revisión. Finalmente, se seleccionaron 15 artículos³⁰⁻⁴⁴ para la revisión sistemática, ya que el resto de artículos no trataban la toma de decisiones compartidas ante la vacunación de las embarazadas o bien no exploraban las posibles barreras y limitaciones.

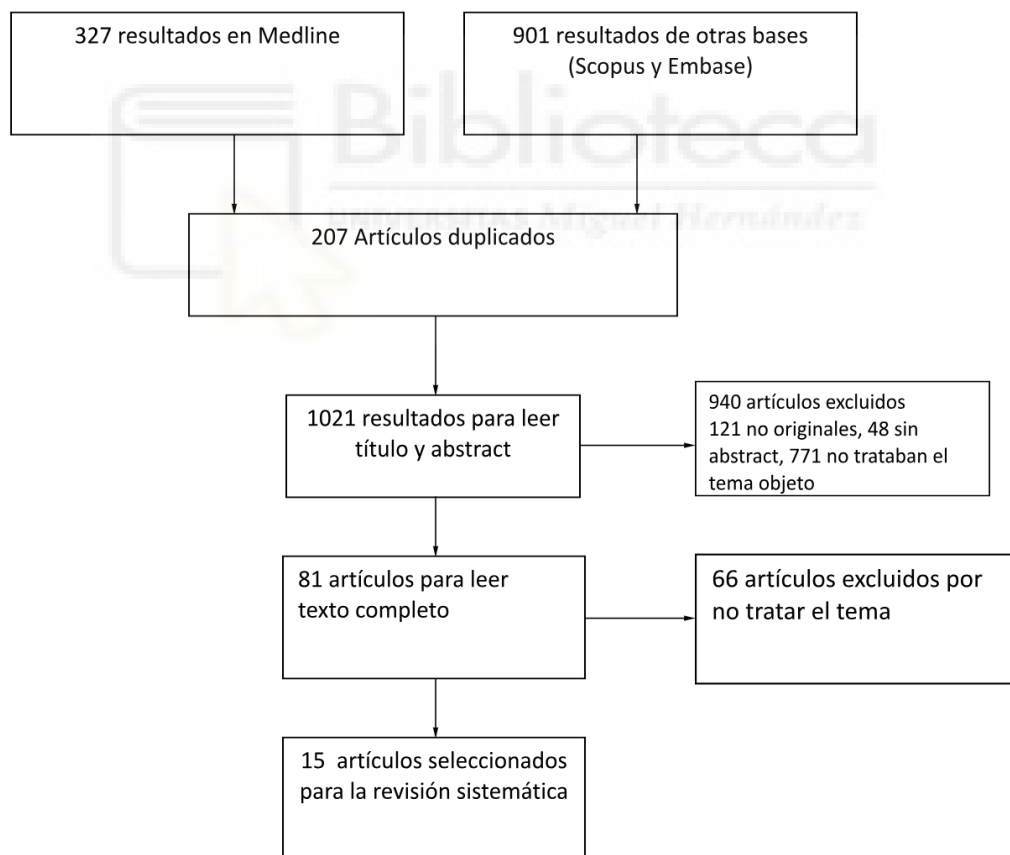


FIGURA 1: Diagrama de flujo (de acuerdo a las recomendaciones Prisma)

RESULTADOS DE LAS GUÍAS METODOLÓGICAS

Al aplicar las guías de calidad, para los estudios cuantitativos a través de cuestionarios de la guía STROBE (Tabla 1), la media de los ítems alcanzados fue de 16 y 17 sobre 22. Los criterios con un menor cumplimiento fueron aquellos relacionados con los métodos estadísticos, los métodos empleados para disminuir el sesgo, la descripción de los participantes, la realización de otros análisis (de subgrupos) y la discusión de la validez externa de los resultados. Los resultados de la guía SRQR para estudios cualitativos se recogen en la Tabla 2. En este caso, los 11 artículos cualitativos incluidos presentaban un mayor cumplimiento de los criterios, siendo la media de los ítems de 19,3 sobre 21, con un rango entre 17 y 21. A destacar que el artículo de *Berendes et al*⁴² alcanzó el grado máximo de cumplimiento, 21 sobre 21, e incluso adjuntaba un anexo indicando en qué parte del texto se podía localizar cada ítem. Por último, el cumplimiento de la guía GUIDED para los 2 artículos de intervención se indica en la Tabla 3, con 8 y 9 ítems sobre 14, respectivamente.

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES PRINCIPALES DE LOS ESTUDIO

Las variables más importantes extraídas de los artículos seleccionados para la revisión se recogen en la Tabla 4. El periodo de publicación de los estudios incluidos se situaba entre el año 2020 y 2024, teniendo en cuenta el criterio de inclusión temporal establecido, en el que se requería que los estudios fueran publicados a partir del 2020.

En cuanto al país del estudio, la mayoría de ellos (66%) se llevaron a cabo en países desarrollados: 4 (38%) en Reino Unido^{30,32,38,42}, 2 en España^{35,36}, 1 en Francia⁴¹, 1 en Países Bajos⁴³, 1 en Canadá³³, 1 en Nueva Zelanda³⁹ y 1 en Australia³¹. Por otro lado, los 5 estudios restantes fueron realizados en países

en vías de desarrollo como Uganda^{34,37} (2 estudios) y Bangladesh⁴⁰ (1 estudio), así como un estudio multicéntrico⁴⁴ en varios países de Latinoamérica: Argentina, Brasil, Honduras, México y Perú.

Según el tipo de estudio, 11 de ellos (73%) eran de tipo cualitativo. De estos, 6 de ellos eran estudios cualitativos mediante entrevistas semiestructuradas^{31,33,35,39,40,42}, 3 a través de grupos focales^{34,37,44} y 2 estudios de métodos mixtos^{38,42}, con una primera parte cuantitativa a través de cuestionarios y una parte cualitativa basada en entrevistas y grupos focales o bien únicamente grupos focales. 2 estudios eran de tipo cuantitativo transversal a través de cuestionarios^{30,36} (13,3%) y, por último, hubo otros 2 estudios de intervención^{32,43}(13,3%).

Siguiendo con la población de estudio, 2 (13,3%) de los estudios fueron llevados a cabo únicamente en profesionales sanitarios, médicos de Atención Primaria³⁰ y matronas³³, respectivamente. Por otro lado, 5 de los estudios incluidos se llevaron a cabo únicamente en mujeres embarazadas^{31,32,36,41,45}, con 2 (13,3%) de los artículos centrados en una población de mujeres embarazadas procedente de una clínica de vacunación prenatal dirigida por matronas^{32,36}. Asimismo, 8 estudios fueron realizados tanto sobre mujeres embarazadas, como sobre profesionales sanitarios^{34,35,36,37,39,40,42,43}.

En cuanto a las vacunas en las que se centraban los artículos, 4 artículos trataban las vacunas contra la tosferina, gripe y COVID-19^{31,35,36,42}; 5 artículos sobre la tosferina y la gripe^{30,32,33,37,39}; 2 artículos sobre la vacuna del tétanos^{34,37}; 1 artículo sobre la vacuna de la tosferina⁴³, 1 artículo sobre la vacuna del COVID-19⁴⁰, 1 artículo sobre la vacuna de la gripe⁴¹ y 1 artículo sobre las vacunas de la tosferina, gripe y tétanos⁴⁵.

DESCRIPCIÓN DE LAS BARRERAS Y LIMITACIONES

Los resultados principales de los artículos recopilados hacen referencia a las barreras y limitaciones en la toma de decisiones compartidas ante la vacunación de las embarazadas, divididos en las dos poblaciones de estudio: embarazadas y profesionales sanitarios: personal de enfermería/matronas y profesionales de la atención primaria. En la Tabla 5 se recogen las principales barreras encontradas, tanto para las embarazadas como para los sanitarios.

1) Profesionales sanitarios

En relación a las barreras para los profesionales sanitarios, las barreras comunes entre el personal de enfermería y los profesionales de atención primaria son: la falta de conocimiento sobre las vacunas así como de sus beneficios y riesgos^{30,33,36,37,39}, lo cual disminuye la confianza de los profesionales sanitarios para discutir la vacunación con las pacientes. Comparando las distintas vacunas, los profesionales manifiestan una mayor confianza en su conocimiento sobre la vacunación de la tosferina, debido a su mayor experiencia de uso, seguida de la gripe y, en último lugar, la vacuna del COVID-19. Además, para la vacunación del COVID-19 disponen de poca evidencia científica basada en ensayos clínicos para poder efectuar recomendaciones acerca de las vacunas con decisión^{35,36}.

Los cambios en los protocolos de vacunación y ambigüedad de las guías clínicas^{36,42} suponen una barrera a la hora de discutir la vacunación para los profesionales sanitarios.

A continuación, otra barrera recurrente para los profesionales sanitarios que se expone es la falta de tiempo. Generalmente, durante las consultas prenatales se debe proveer mucha información acerca del embarazo y de cara al parto, quedándoles poco tiempo para discutir la vacunación^{33,39,43}. Del mismo modo, puede ocurrir que el momento de las visitas prenatales no sea el adecuado para discutir la vacunación³⁹, ya sea porque es demasiado pronto para la

vacuna de la tosferina (a partir de la semana 27) o que se encuentre fuera del periodo estacional para la gripe.

Entre las barreras para los profesionales sanitarios también se encuentra el fuerte deseo de respetar la autonomía de las mujeres embarazadas para llevar a cabo sus propias decisiones y de emplear un estilo de comunicación no coercitivo^{33,39,42,43}. Los profesionales sanitarios entendían que su papel era meramente informar sobre las características de la vacunación, evitando efectuar recomendaciones acerca de las vacunas o expresar sus opiniones personales.

Una barrera desde la perspectiva de los médicos de Atención Primaria sería su falta de integración en el programa de cuidado prenatal^{30,39,42}, actualmente liderado por las matronas en países como Reino Unido. Existe una falta de comunicación con las matronas y sus compañeros de la atención especializada, lo cual impide que los médicos estén al tanto del embarazo de sus pacientes y que, por tanto, puedan discutir la vacunación durante las consultas de primaria.

Asimismo, en relación a la actitud de los médicos de Atención Primaria frente a la vacunación en el embarazo, una barrera de este tipo sería la priorización de las vacunas infantiles por encima de la vacunación materna³⁹ o la percepción de que la discusión de la vacunación en el embarazo es papel de las matronas o personal de enfermería³⁰.

Para las matronas, una barrera citada es la escasa formación recibida en la carrera universitaria acerca de la vacunación, contando con lagunas de conocimiento acerca de los beneficios y riesgos de las vacunas, así como aspectos relacionados con los costes, elegibilidad y provisión de la vacunación³⁹.

Otra barrera mencionada en los artículos que trataban la implantación de la vacunación en clínicas dirigidas por matronas o enfermeras serían las deficiencias en los sistemas electrónicos de registro de los hospitales⁴², que podían llevar a la omisión por parte de los profesionales de la discusión de la

vacunación, al no poder conocer si ya se había llevado a cabo por otro profesional sanitario.

2) Mujeres embarazadas

Por otro lado, las barreras por parte de las mujeres embarazadas son asimismo la falta de conocimiento acerca de las recomendaciones vacunales en el embarazo así como de los beneficios y eficacia de las vacunas^{32,37,39,41}. Otra barrera influyente en la toma de decisiones de las embarazadas es la percepción del riesgo de la infección y de la severidad de la enfermedad que previene la vacunación. Una baja percepción del riesgo, como en el caso de la gripe, se relaciona con un menor deseo de discutir la vacunación^{32,33,36,41,42}.

La preocupación por los efectos adversos de las vacunas, especialmente que puedan ocasionar daños sobre el feto^{34,37,38,41} (muerte, malformaciones) supone una barrera importante para las embarazadas. Las experiencias previas con la vacunación que fuesen negativas^{32,38}, ya sean personales en caso de mujeres multíparas o del entorno cercano, constituyen otra barrera en la toma de decisiones ante la vacunación. Asimismo, la pareja o los familiares^{34,37} tienen un papel importante en la toma de las decisiones de las embarazadas.

Otras barrera mencionada es la relación con el profesional sanitario y su proactividad a la hora de discutir la vacunación^{37,41,44}, puesto que un trato descortés por parte de dichos profesionales ocasionaba que las embarazadas evitasen acudir a las consultas prenatales. La falta de consenso entre los profesionales sanitarios a la hora de recomendar las vacunas, además, limita la toma de decisiones informadas de las embarazadas, generando mayor incertidumbre en las embarazadas^{35,36}.

Por otra parte, las cuestiones logísticas y organizacionales de la vacunación maternal suponen otra barrera para las embarazadas. Estas son: la alta rotación de personal sanitario en los hospitales y clínicas, que dificulta el establecimiento de una relación de confianza con el sanitario para la discusión de la vacunación⁴², el acceso tardío a la atención prenatal, perdiendo la

oportunidad de discutir la vacunación con el sanitario; la conveniencia para recibir la vacunación: necesidad de concertar citas aparte para recibir la vacunación, largas colas, entre otros^{34,38,44}.

Por último, se recogen como barreras las características sociodemográficas de las pacientes, como un bajo nivel de estudios, recursos económicos escasos o barreras culturales y lingüísticas^{35,39,42}. Asimismo, las creencias de las mujeres embarazadas también influyen en la toma de decisiones, como la inclinación por la medicina tradicional, creencias religiosas, la desconfianza en el sistema sanitario o la creencia en teorías conspiratorias en relación a las vacunas^{35,37,38}.



DISCUSIÓN

La presente revisión evalúa por primera vez las barreras y limitaciones de la toma de decisiones compartidas ante la vacunación de las mujeres embarazadas desde la pandemia del COVID-19. Dichas barreras se describen tanto para las mujeres embarazadas como para los profesionales sanitarios, distinguiendo entre profesionales de Atención Primaria y de enfermería, incluyendo a las matronas.

Atendiendo a los resultados de la revisión, una de las barreras más citada en los artículos por parte de los sanitarios, fue la falta de tiempo para llevar a cabo la discusión de la vacunación materna en consulta. Esta barrera coincide con los resultados de revisiones anteriores sobre el tema⁴⁵ Por otro lado, en esta revisión se incluye un artículo que describe un modelo de atención prenatal denominado “Centering Pregnancy Care” en el que las consultas prenatales se llevan a cabo en grupos de varias embarazadas con el objetivo de educar a las embarazadas acerca de la vacunación y, al mismo tiempo, promover un espacio de discusión entre las mujeres⁴⁶. La ventaja de la que goza dicho modelo es que permite al profesional sanitario dedicar más tiempo a la discusión de la vacunación que en una consulta individual, pudiendo profundizar en los diversos aspectos de la vacunación.

Otra barrera frecuente es la falta de conocimiento por parte de los profesionales sanitarios acerca de las vacunas: beneficios y riesgos. Esta es una barrera compartida con las embarazadas. Por ello, se propone la capacitación de los profesionales sanitarios para llevar a cabo la discusión de las vacunas con sus pacientes, así como mejorar la educación sanitaria en materia de vacunación de las mujeres embarazadas.

En relación a la actitud de los profesionales sanitarios hacia la discusión de las vacunas con sus pacientes embarazadas, destaca la filosofía de respetar la

autonomía de la embarazada para llevar a cabo sus propias decisiones. Dicha visión, presente en todos los profesionales aunque algo más marcada en las matronas, se acerca más al concepto de la decisión informada que al de la toma de decisiones compartidas. No obstante, este hecho supone una barrera considerable para las embarazadas, ya que la recomendación del profesional sanitario constituye una de las principales fuentes de información de mayor confianza para las embarazadas, de acuerdo también a varias revisiones^{47,48}.

Las mujeres embarazadas desean obtener mayor información acerca de las vacunas para llegar a una decisión, por lo que es necesario identificar sus motivaciones, así como explicarles los beneficios y riesgos de las vacunas, presentándoles la evidencia científica disponible de una manera comprensible. Por otro lado, a raíz de la pandemia COVID-19, la vacunación se ha convertido en un tema más sensible para tratar con las pacientes, evitando discutirla por el miedo de suscitar conflictos entre el profesional y la embarazada.

La poca participación de los médicos de Atención Primaria en el cuidado prenatal y la falta de comunicación bilateral con el personal de enfermería o de la atención especializada supone otra barrera para la discusión de la vacunación con las embarazadas. Actualmente, la vacunación se discute en las consultas de Atención Primaria de forma oportunista, presentando restricciones, ya sea por la falta de seguimiento a las pacientes (se realiza a lo sumo una consulta de primaria) o que no se trate del momento idóneo en el tiempo para tratar cierta vacuna. Una mayor inclusión de la Atención Primaria en el cuidado prenatal favorecería tanto el acceso a la vacunación como que se llevara a cabo la toma de decisiones compartidas con mayor asiduidad.

En relación a las barreras de las mujeres embarazadas que influyen en la toma de decisiones ante la vacunación, estas coinciden con revisiones anteriores: la percepción de la severidad de la enfermedad, la falta de conocimiento acerca de los beneficios y efectividad de las vacunas, la preocupación por los efectos adversos, la relación con el profesional sanitario, creencias, cuestiones relacionadas con la accesibilidad y la provisión de la vacunación^{11,12,13,48}. De hecho, desde la pandemia de COVID-19 se dificultó la discusión de la

vacunación con las embarazadas, debido a una mayor presión sobre los sistemas sanitarios: alta rotación de los profesionales sanitarios, acentuación de la falta de recursos y tiempo para dedicarse a la vacunación maternal , entre otros.⁴²

Por último, la discusión de la vacunación debería adaptarse a las características de las embarazadas, como el bajo nivel de conocimiento o las barreras lingüísticas y culturales. En este sentido, se debería potenciar la provisión de la información acerca de las vacunas mediante el diálogo claro y conciso con el profesional sanitario, en contraposición a la sobreutilización de folletos informativos y el uso de aplicaciones informáticas complejas⁴².

La siguiente revisión presenta varias limitaciones. El diseño de la ecuación de búsqueda y la elección de las palabras clave puede haber limitado la recuperación de artículos que tuviesen relación con el tema objeto. Asimismo, se aplicaron filtros de idioma únicamente en inglés y español, excluyendo artículos en otros idiomas que hubiesen podido aportar nuevos resultados en la revisión.

CONCLUSIÓN

La presente revisión recopila las principales barreras presentes en la toma de decisiones frente a la vacunación en embarazadas, por parte de los profesionales sanitarios y las mujeres embarazadas después de la pandemia COVID-19. Durante el embarazo, las mujeres cuentan con una mayor necesidad informacional, con el objetivo de llevar a cabo decisiones importantes para ellas y su bebé.

Esta revisión describe barreras modificables, como la falta de tiempo, la falta de conocimiento acerca de las vacunas tanto por parte de profesionales como por parte de las embarazadas, actitudes hacia la discusión de la vacunación por parte de los profesionales sanitarios y creencias por parte de embarazadas. Por tanto, los resultados de este estudio permiten a los profesionales sanitarios, especialistas en el campo de la vacunación y autoridades sanitarias conocer cuáles son las limitaciones actuales de la toma de decisiones compartidas y diseñar intervenciones para facilitar su implantación en el ámbito de la vacunación materna.

Por otro lado, en esta revisión se discuten por primera vez las barreras relacionadas con la vacuna del COVID-19, con una menor aceptación tanto por parte de los profesionales como de las embarazadas, debido a su reciente introducción y la falta de disponibilidad de datos provenientes de ensayos clínicos en el momento que muchos estudios fueron llevados a cabo. Estos resultados complementarían la visión global de la vacunación de las revisiones anteriores, centradas, sobre todo, en gripe y tosferina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abu-Raya B, Michalski C, Sadarangani M, Lavoie PM. Maternal Immunological Adaptation During Normal Pregnancy. *Front Immunol.* 2020 Oct 7;11:575197. doi: 10.3389/fimmu.2020.575197.
2. Dad N, Buhmaid S, Mulik V. Vaccination in pregnancy - The when, what and how? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021 Oct;265:1-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.08.009. Epub 2021 Aug 11. PMID: 34403876.
3. Röbl-Mathieu M, Kunstein A, Liese J, Mertens T, Wojcinski M. Vaccination in Pregnancy. *Dtsch Arztebl Int.* 2021 Apr 16;118(15):262-268. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0020.
4. Simionescu AA, Streinu-Cercel A, Popescu FD, Stanescu AMA, Vieru M, Danciu BM, Miron VD, Săndulescu O. Comprehensive Overview of Vaccination during Pregnancy in Europe. *J Pers Med.* 2021 Nov 13;11(11):1196. doi: 10.3390/jpm11111196.
5. Maltezou HC, Effraimidou E, Cassimos DC, Medic S, Topalidou M, Konstantinidis T, Theodoridou M, Rodolakis A. Vaccination programs for pregnant women in Europe, 2021. *Vaccine.* 2021 Oct 1;39(41):6137-6143. doi: 10.1016/j.vaccine.2021.08.074. Epub 2021 Aug 27. PMID: 34462162.
6. Pregnancy guidelines and recommendations by vaccine. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/pregnancy/hcp-toolkit/guidelines.html>
7. Razzaghi H, Kahn KE, Black CL, et al. Influenza and Tdap Vaccination Coverage Among Pregnant Women — United States, April 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1391–1397. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6939a2>
8. European Centre for Disease Prevention and Control. Seasonal influenza vaccination in Europe. Vaccination recommendations and coverage rates in the EU Member States for eight influenza seasons: 2007–2008 to 2014–2015. Stockholm: ECDC; 2017. DOI: 10.2900/153616
9. MacDonald NE; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine.* 2015 Aug 14;33(34):4161-4. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.036
10. Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization, October 2014 – conclusions and recommendations. *Wkly Epidemiol Rec.* 2014 Dec 12;89(50):561-76. English, French. PMID: 25513671.
11. Wilson RJ, Paterson P, Jarrett C, Larson HJ. Understanding factors influencing vaccination acceptance during pregnancy globally: A

- literature review. *Vaccine*. 2015 Nov 25;33(47):6420-9. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.08.046. Epub 2015 Aug 28.
12. Qiu X, Bailey H, Thorne C. Barriers and Facilitators Associated With Vaccine Acceptance and Uptake Among Pregnant Women in High Income Countries: A Mini-Review. *Front Immunol*. 2021 Apr 26;12:626717. doi: 10.3389/fimmu.2021.626717.
 13. Castro-Sánchez E, Vila-Candel R, Soriano-Vidal FJ, Navarro-Illana E, Díez-Domingo J. Influence of health literacy on acceptance of influenza and pertussis vaccinations: a cross-sectional study among Spanish pregnant women. *BMJ Open*. 2018 Jul 6;8(7):e022132. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022132.
 14. Kilich E, Dada S, Francis MR, Tazare J, Chico RM, Paterson P, Larson HJ. Factors that influence vaccination decision-making among pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020 Jul 9;15(7):e0234827. doi: 10.1371/journal.pone.0234827
 15. Jarrett C, Wilson R, O'Leary M, Eckersberger E, Larson HJ; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Strategies for addressing vaccine hesitancy - A systematic review. *Vaccine*. 2015 Aug 14;33(34):4180-90. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.040
 16. European Centre for Disease Prevention and Control. Catalogue of interventions addressing vaccine hesitancy. Stockholm: ECDC; 2017. doi:10.2900/654210
 17. Scalia P, Durand MA, Elwyn G. Shared decision-making interventions: An overview and a meta-analysis of their impact on vaccine uptake. *J Intern Med*. 2022 Apr;291(4):408-425. doi: 10.1111/joim.13405.
 18. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C, Rollnick S, Edwards A, Barry M. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012 Oct;27(10):1361-7. doi: 10.1007/s11606-012-2077-6.
 19. Shen AK, Michel JJ, Langford AT, Sobczyk EA. Shared clinical decision-making on vaccines: out of sight, out of mind. *J Am Med Inform Assoc*. 2021 Oct 12;28(11):2523-2525. doi: 10.1093/jamia/ocab147.
 20. Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L, Wu JH. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jan 28;(1):CD001431. doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub4.
 21. ACIP Shared Clinical Decision-making recommendations. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/acip-scdm-faqs.html>
 22. Kempe, A., Lindley, M.C., O'Leary, S.T. et al. Shared Clinical Decision-Making Recommendations for Adult Immunization: What Do

- Physicians Think?. *J GEN INTERN MED* 36, 2283–2291 (2021).
<https://doi.org/10.1007/s11606-020-06456-z>
23. Gravel, K., Légaré, F. & Graham, I.D. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implementation Sci* 1, 16 (2006). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-16>
 24. Waddell, A., Lennox, A., Spassova, G. et al. Barriers and facilitators to shared decision-making in hospitals from policy to practice: a systematic review. *Implementation Sci* 16, 74. doi:10.1186/s13012-021-01142-y
 25. Kilich E, Dada S, Francis MR, Tazare J, Chico RM, Paterson P, Larson HJ. Factors that influence vaccination decision-making among pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020 Jul 9;15(7):e0234827. doi: 10.1371/journal.pone.0234827.
 26. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021 Mar 29;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71
 27. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. *Gac Sanit*. 2008;22(2):144-150
 28. Duncan E, O’Cathain A, Rousseau N, Croot L, Sworn K, Turner KM et al. Guidance for reporting intervention development studies in health research (GUIDED): an evidence-based consensus study. *BMJ Open*. 2020 Apr 8; 10(4):e033516. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033516
 29. O’Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting Qualitative Research: A Syntesis of Recommendations. *Acad Med*. 2014;89:1245-1251. doi: 10.1097/ACM.0000000000000388.
 30. Wilcox CR, Little P, Jones CE. Current practice and attitudes towards vaccination during pregnancy: a survey of GPs across England. *Br J Gen Pract*. 2020 Jan 30;70(691):e179-e185. doi: 10.3399/bjgp20X708113
 31. Smith SE, Sivertsen N, Lines L, De Bellis A. Weighing up the risks - Vaccine decision-making in pregnancy and parenting. *Women Birth*. 2022 Nov;35(6):547-552. doi: 10.1016/j.wombi.2022.02.007. Epub 2022

32. Ralph KM, Dorey RB, Rowe R, Jones CE. Improving uptake of vaccines in pregnancy: A service evaluation of an antenatal vaccination clinic at a tertiary hospital in the UK. *Midwifery*. 2022 Feb;105:103222. doi: 10.1016/j.midw.2021.103222. Epub 2021 Dec 3
33. Pringle W, Greyson D, Graham JE, Berman R, Dubé È, Bettinger JA. "Ultimately, the choice is theirs": Informed choice vaccine conversations and Canadian midwives. *Birth*. 2023 Jun;50(2):461-470. doi: 10.1111/birt.12669. Epub 2022 Jul 30.
34. Nalubega P, Karafillakis E, Atuhaire L, Akite P, Zalwango F, Chantler T, Cochet M, Seeley J, Le Doare K. Maternal Vaccination in Uganda: Exploring Pregnant Women, Community Leaders and Healthcare Workers' Perceptions. *Vaccines (Basel)*. 2021 May 25;9(6):552. doi: 10.3390/vaccines9060552
35. Marín-Cos A, Marbán-Castro E, Nedic I, Ferrari M, Crespo-Mirasol E, Ventura LF, Zamora BN, Fumadó V, Menéndez C, Martínez Bueno C, Llupià A, López M, Goncé A, Bardají A. "Maternal Vaccination Greatly Depends on Your Trust in the Healthcare System": A Qualitative Study on the Acceptability of Maternal Vaccines among Pregnant Women and Healthcare Workers in Barcelona, Spain. *Vaccines (Basel)*. 2022 Nov 25;10(12):2015. doi: 10.3390/vaccines10122015.
36. Marbán-Castro E, Nedic I, Ferrari M, Crespo-Mirasol E, Ferrer L, Noya B, Marin A, Fumadó V, López M, Menéndez C, Martínez Bueno C, Llupià A, Goncé A, Bardají A. Perceptions of COVID-19 Maternal Vaccination among Pregnant Women and Healthcare Workers and Factors That Influence Vaccine Acceptance: A Cross-Sectional Study in Barcelona, Spain. *Vaccines (Basel)*. 2022 Nov 15;10(11):1930. doi: 10.3390/vaccines10111930.
37. Kajungu D, Muhoozi M, Stark J, Weibel D, Sturkenboom MCJM. Vaccines safety and maternal knowledge for enhanced maternal immunization acceptability in rural Uganda: A qualitative study approach. *PLoS One*. 2020 Dec 10;15(12):e0243834. doi: 10.1371/journal.pone.0243834.
38. Skirrow H, Holder B, Meinel A, Narh E, Donaldson B, Bosanquet A, Barnett S, Kampmann B. Evaluation of a midwife-led, hospital based vaccination service for pregnant women. *Hum Vaccin Immunother*. 2021 Jan 2;17(1):237-246. doi: 10.1080/21645515.2020.1770515.
39. Gauld N, Martin S, Sinclair O, Petousis-Harris H, Dumble F, Grant CC. Influences on Pregnant Women's and Health Care Professionals' Behaviour Regarding Maternal Vaccinations: A Qualitative Interview Study. *Vaccines (Basel)*. 2022 Jan 4;10(1):76. doi: 10.3390/vaccines10010076

40. Fesshaye B, Wade SA, Lee C, Singh P, Zavala E, Ali H, Rahman H, Siddiqua TJ, Atker S, Karron RA, Limaye RJ. Sources of COVID-19 Vaccine Promotion for Pregnant and Lactating Women in Bangladesh. *Vaccines (Basel)*. 2023 Aug 20;11(8):1387. doi: 10.3390/vaccines11081387.
41. Karafillakis E, Francis MR, Paterson P, Larson HJ. Trust, emotions and risks: Pregnant women's perceptions, confidence and decision-making practices around maternal vaccination in France. *Vaccine*. 2021 Jul 5;39(30):4117-4125. doi: 10.1016/j.vaccine.2021.05.096. Epub 2021 Jun.
42. Berendes S, Mounier-Jack S, Ojo-Aromokudu O, Ivory A, Tucker JD, Larson HJ, Free C. "Figuring stuff out myself" - a qualitative study on maternal vaccination in socially and ethnically diverse areas in England. *BMC Public Health*. 2023 Jul 21;23(1):1408. doi: 10.1186/s12889-023-16317-z. PMID: 37480010
43. Anraad C, van Empelen P, Ruiters RAC, Rijnders M, van Groessen K, Pronk J, van Keulen H. Promoting informed decision-making about maternal pertussis vaccination in Centering Pregnancy group-antenatal care: A feasibility study. *Midwifery*. 2024 Jan;128:103869. doi: 10.1016/j.midw.2023.103869. Epub 2023 Nov 3.
44. Fauzia Malik A, Belizán M, Gutierrez M, Vilajeliu A, Sanclemente LN, Gonzalez Casanova I, Jones D, Omer S, Maria Roperio A, Pedro Alonso J. Pregnant women's perspectives about maternal immunization in Latin America. *Vaccine*. 2021 Jul 30;39 Suppl 2:B44-B49. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.09.009. Epub 2020 Sep 22.
45. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions
46. Rising SS. Centering pregnancy. An interdisciplinary model of empowerment. *J Nurse Midwifery*. 1998 Jan-Feb;43(1):46-54. doi: 10.1016/s0091-2182(97)00117-1.
47. Interventions to increase vaccination against COVID-19, influenza and pertussis during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *J Travel Med*. 2023
48. Kilich E, Dada S, Francis MR, Tazare J, Chico RM, Paterson P, Larson HJ. Factors that influence vaccination decision-making among pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020 Jul 9;15(7):e0234827. doi: 10.1371/journal.pone.0234827. PMID: 32645112

Tabla 1. Calidad de los estudios cuantitativos transversales tras pasar la guía STROBE

Autoría	Ítems																						Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Wilcox CR et al., 2020	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	16
Marbán-Castro, E et al.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SI	NO	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SI	SÍ	17

Tabla 2. Calidad de los estudios de intervención tras pasar la guía GUIDED.

Autoría	Ítems														Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Ralph KM et al., 2022	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	NO	8
Anraad C, et al 2024	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NO	9

Tabla 3. Calidad de los estudios cualitativos tras pasar la guía Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR).

Autoría	Ítems																					Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Pringle et al., 2021	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	19
Nalubega P et al, 2021	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	19
Marín-Cos	SI	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	20

A et al. 2022																							
Kajungul D et al, 2020	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	21
Gauld N. et al. 2022	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	19
Feeshaye B. et al 2023	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	19
Karafillakis E. et al 2021	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SI	SÍ	SI	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	18
Berendes S. et al 2023	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	21
Malik F. et al 2021	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	19
Smith S. et al 2022	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	19
Skirrow H et al 2021	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	19

Tabla 4. Descripción de las principales variables extraídas de los 15 estudios incluidos en la revisión

Autoría	Año de publicación	País	Objetivos	Vacuna
Wilcox CR et al.³⁰	2020	Reino Unido	Establecer cuáles son las actitudes y las prácticas actuales de los médicos de Atención Primaria frente a la vacunación maternal, así como su punto de vista sobre el entorno sanitario más adecuado para administrar dichas vacunas.	Gripe y tosferina
Smith S. et al³¹	2022	Australia	Explorar los valores, creencias y decisiones realizadas por los padres y mujeres embarazadas vacilantes frente a la vacunación en relación a las vacunas maternas y/o infantiles.	Gripe, tosferina y COVID-19
Ralpa K. et al³²	2022	Reino Unido	Evaluar un servicio de vacunación liderado por matronas, determinando la tasa de vacunación, como los factores que influyen la decisión de las embarazadas de vacunarse e identificar cómo podrían mejorarse los servicios de vacunación prenatal	Gripe y tosferina
Pringle W. et al³³	2021	Canadá	Examinar la forma en que las matronas canadienses gestionan la discusión de las vacunas con sus pacientes, centrándose en la adaptación de las recomendaciones poblacionales de vacunación al contexto individual, respetando la autonomía de la embarazada en la toma de decisiones frente a la vacunación.	Gripe y tosferina
Nalubega P. et al³⁴	2021	Uganda	Describir el papel de los profesionales sanitarios, líderes comunitarios como de su entorno social en la toma de	Tétanos

			decisiones frente a la vacunación de las mujeres embarazadas.	
Marín-Cos A. et al³⁵	2022	España (Barcelona)	Comprender las actitudes y percepciones de las mujeres embarazadas y los profesionales sanitarios acerca de las vacunas maternas, así como los factores motivacionales que influyen en la toma de decisiones ante la vacunación en el embarazo.	Gripe, tosferina y COVID-19
Marbán-Castro E. et al³⁶	2022	España (Barcelona)	Evaluar el conocimiento sobre la vacunación de COVID-19 entre embarazadas y profesionales sanitarios. Además, se examinan los factores que influyen en la aceptabilidad y la demanda de la vacuna en las mujeres embarazadas.	Gripe, tosferina y COVID-19
Kajungul D. et al³⁷	2020	Uganda	Examinar los conocimientos, actitudes y creencias acerca de la inmunización materna en la Uganda rural, como los factores que influyen en la vacunación maternal, especialmente factores contextuales, dependientes de la organización del sistema sanitario	Tétanos
Skirrow H. et al³⁸	2021	Reino Unido	Describir las características demográficas de las mujeres embarazadas que recibieron o rechazaron vacunarse en una clínica de vacunación dirigida por matronas en el entorno hospitalario, y explorar cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones de las embarazadas ante la vacunación en dicha clínica	Gripe y tosferina
Gauld N. et al³⁹	2022	Waikato (Nueva Zelanda)	Examinar los factores que influyen en las actitudes de las mujeres embarazadas y profesionales sanitarios en relación a las vacunas maternas, utilizando los constructos comportamentales del modelo COM-B para definirlos (capacitación, oportunidad y motivación)	Gripe y tosferina

Feshaye B. et al⁴⁰	2023	Bangladesh	Examinar las barreras y los facilitadores para la promoción de la vacuna del COVID-19 en mujeres embarazadas y lactantes en Bangladesh.	COVID-19
Karafilakis E. et al⁴¹	2021	Francia	Examinar las percepciones, confianza y la toma de decisiones ante la vacunación de las mujeres embarazadas en Francia	Gripe
Berendes S. et al⁴²	2023	South London (Reino Unido)	Examinar los factores comportamentales como los factores estructurales (relacionados con la organización de los recursos y el acceso al cuidado prenatal) que influyen en la toma de decisiones ante la vacunación en embarazadas en áreas deprimidas y étnicamente diversas del sur de Londres durante la pandemia de COVID-19	Tosferina, gripe y COVID-19
Anraad C. et al⁴³	2024	Países Bajos	Evaluar una intervención consistente en la implantación de un modelo de atención prenatal (Centering Pregnancy Care) para promover la toma de decisiones informada en la vacunación en el embarazo	Tosferina
Malik F. et al⁴⁴	2021	Argentina, Brasil, Honduras, México y Perú	Examinar el conocimiento y actitudes de las mujeres embarazadas frente a la vacunación, como las barreras en la toma de decisiones de las embarazadas	Tosferina, gripe y tétanos

Autoría	Tipo de estudio	Ámbito de estudio	Población de estudio		
			Tamaño muestral	Criterios de inclusión	Características población
Wilcox CR et al.	Estudio cuantitativo a través de cuestionario online	Centros de Atención Primaria	1586 médicos de Atención Primaria	Médicos cualificados de Atención Primaria que trabajasen en centros de Atención Primaria en Inglaterra	Médicos con un rango de experiencia trabajando desde la cualificación variando entre menos de 2 años y más de 21 años.
Smith S. et al	Estudio cualitativo a través de cuestionario con respuestas abiertas	Muestra reclutada online: foro de Facebook titulado "Vaccine hesitancy in pregnancy and early childhood"	106 participantes.	Sin requisito de género o edad, mujeres embarazadas y padres	Participantes con rangos de edad entre 18-29 (10%); 30-39 años (42%); 40-49 años (33%) y >50 años (15%)
Ralpa K. et al	Estudio de intervención	Muestra procedente de un hospital terciario en Reino Unido	27 mujeres embarazadas, de las cuales 20 fueron finalmente entrevistadas	Mujeres embarazadas mayores de 18 años, capaces de conversar en inglés y de dar su consentimiento informado	Mujeres embarazadas con una mediana de edad de 30,8 años y periodo gestacional mediano de 26,5 semanas
Pringle W. et al	Estudio cualitativo: entrevistas semiestructuradas	Muestra reclutada vía e-mail con ayuda de colaboradores expertos en el área	17 participantes, matronas y otros profesionales sanitarios	Matronas ejerciendo actualmente en Canadá, profesionales implicados en la formación de las matronas.	No especificado

Autoría	Tipo de estudio	Ámbito de estudio	Población de estudio		
			Tamaño muestral	Criterios de inclusión	Características población
Nalubega P. et al	Estudio cualitativo: entrevistas semiestructuradas y grupos focales	Muestra reclutada del área de cuidado prenatal, salas de parto como del área de inmunización del hospital de la región de Kampala	135 participantes, 28 profesionales sanitarios divididos en tres grupos focales, 10 "program managers", 25 líderes de la comunidad divididos en 3 grupos focales y 72 mujeres embarazadas (12 participaron en entrevistas y 60 en grupos focales)	Mujeres embarazadas seleccionadas en función de edad (>17 años) y número de partos. Los profesionales sanitarios, "program managers" y líderes comunitarios fueron seleccionados en función de su papel dentro de la comunidad	Mujeres embarazadas de más de 17 años, divididas en 3 grupos: madres jóvenes de entre 17 y 24 años, madres más maduras (>25 años) y mujeres que hayan tenido más de tres embarazos.
Marín-Cos A. et al	Estudio cualitativo: entrevistas semiestructuradas	Muestreo por conveniencia, entre la población del área metropolitana de Barcelona para reclutar mujeres embarazadas y en el caso de profesionales sanitarios, en el Hospital Clínic y centros de Atención Primaria	35 participantes, 21 mujeres embarazadas y 14 profesionales sanitarios	Mujeres embarazadas de cualquier edad gestacional dispuestas a ser entrevistadas. Profesionales sanitarios que trabajen en área Materno-infantil del Hospital Clínic de Barcelona o en centros de Atención Primaria	Mujeres embarazadas con una mediana de edad de 33.7 años. Los profesionales sanitarios tenían 46 o más años, la mitad matronas, seguido de médicos obstetras y ginecólogos (37,5%)
Marbán-Castro E. et al	Estudio cuantitativo a través de cuestionarios	Muestra procedente del área Materno-infantil del Hospital Clínic y de centros de Atención Primaria, en el caso de pacientes	611 participantes, 302 mujeres embarazadas y 309 profesionales sanitarios	Mujeres embarazadas de entre 18 y 55 años de cualquier edad gestacional, que reciban atención prenatal en el	Mujeres embarazadas con una mediana de 34 años de edad. Los profesionales

Autoría	Tipo de estudio	Ámbito de estudio	Población de estudio		
			Tamaño muestral	Criterios de inclusión	Características población
		embarazadas como profesionales sanitarios		Hospital Clínic o en centros de Atención Primaria. Para profesionales sanitarios, atender a mujeres embarazadas en la sanidad pública.	sanitarios con una mediana de edad de 42 años, siendo 262 mujeres y 44 hombres.
Kajungul D. et al	Estudio cualitativo: grupos focales y entrevistas	Muestra procedente de la comunidad, y también de consultas de cuidado prenatal en centros de salud (mujeres embarazadas y profesionales sanitarios)	90 mujeres embarazadas en 10 grupos focales (4 en centros sanitarios y 6 en el entorno comunitario) y 5 profesionales sanitarios que fueron entrevistados	Se excluyeron mujeres que no fueran capaces de dar su consentimiento por escrito y que tuviesen alguna complicación de salud.	Mujeres embarazadas con una mediana de 24,3 años de edad, mayoritariamente musulmanas.
Skirrow H. et al	Estudio de métodos mixtos: a) cuantitativo (análisis estadístico de las características de las embarazadas); b) cualitativo a través de entrevistas	Muestra procedente de una clínica antenatal con un servicio de vacunación dirigido por matronas. Se reclutaron de tres maneras: derivación al servicio por una matrona o médico, visita voluntaria de la paciente (la clínica se promovía localmente) o bien, abordadas por las matronas en las	10 mujeres embarazadas	Mujeres de más de 18 años que estuviesen recibiendo atención prenatal en la clínica donde se hallaba el servicio de vacunación, y además, hubiesen sido vistas por las matronas del servicio.	Mujeres de edades comprendidas entre 29 y 49 años, de las cuales 8 embarazadas en el momento de las entrevistas, con periodos gestacionales entre 27 y 38 semanas.

Autoría	Tipo de estudio	Ámbito de estudio	Población de estudio		
			Tamaño muestral	Criterios de inclusión	Características población
		sala de espera de la clínica antes de una revisión rutinaria			
Gauld N. et al	Estudio cualitativo: entrevistas semiestructuradas	Embarazadas reclutadas a través de farmacéuticos que administran vacunas. Profesionales sanitarios provienen de hospitales públicos, centros de Atención Primaria y farmacias.	Se les ofreció participar a 12 matronas de las cuales 10 finalmente aceptaron ser entrevistadas y otra matrona fue reclutada posteriormente. Se entrevistó a 18 mujeres embarazadas, 12 farmacéuticos y 12 profesionales de Atención Primaria.	Mujeres embarazadas de al menos 20 semanas de gestación, matronas, personal de Atención Primaria y farmacéuticos comunitarios.	De las 18 mujeres embarazadas, 10 era macorís, con un rango de edad entre 18 y 31 años; 4 neozelandesas, 3 sudafricanas y 1 china, con un rango de edad entre 23 y 37 años.
Feshaye B. et al	Estudio cualitativo: entrevistas semiestructuradas	Muestra procedente de la comunidad de 5 localidades, 4 rurales y 1 urbana. Reclutada a través de instituciones sanitarias o a través de registros disponibles sobre la atención prenatal en cada comunidad	12 mujeres embarazadas, 12 mujeres lactantes y 16 profesionales sanitarios	Mujeres embarazadas y madres lactantes	No especificado
Karafilakis E. et al	Estudio de métodos mixtos: a) cuantitativo a través de cuestionario; b) cualitativo a través de entrevistas	Muestra reclutada a nivel nacional con la ayuda de la asociación WIN/GIA's, estableciendo un panel de participantes y seleccionándose las mujeres que estuviesen embarazadas o hubiesen dado recientemente a luz. Para las	500 mujeres embarazadas respondieron al primer cuestionario. En el estudio cualitativo participaron 53 mujeres, 20 en	Mujeres embarazadas o recientemente embarazadas para la participación en el cuestionario online. Para las entrevistas semiestructuradas	La edad media de las participantes en el cuestionario era de 32 años. En el estudio cualitativo, las 53 embarazadas que participaron

Autoría	Tipo de estudio	Ámbito de estudio	Población de estudio		
			Tamaño muestral	Criterios de inclusión	Características población
	semiestructuradas y grupos focales	entrevistas y la constitución de grupos focales, se reclutaron participantes provenientes de dos ciudades: París y Toulouse mediante una pregunta de cribado para conocer sus actitudes hacia las vacunas maternas.	entrevistas semiestructuradas y 33 en grupos focales (4 grupos focales de 8 participantes)	mujeres embarazadas en el primer, segundo o tercer trimestre de más de 18 años.	tanto en entrevistas semiestructuradas como grupos focales tenían entre 24 y 41 años.
Berendes S. et al	Estudio cualitativo (entrevistas semiestructuradas y grupos focales)	Muestra procedente de clínicas prenatales como de dentro de la comunidad perteneciente a los municipios al sudeste de Londres, reclutada mediante redes sociales, grupos de padres e hijos, pósters, entre otros.	Inicialmente se reclutaron 38 participantes con la intención de entrevistarlas: 5 embarazadas y 33 mujeres de postparto. En un final, se entrevistan solo a 31 y se forma un grupo focal con 7 mujeres. Por otro lado, también participan 20 profesionales sanitarios, de los cuales 12 eran matronas.	Mujeres embarazadas y postparto de más de 16 años, residiendo o recibiendo atención médica en el sudeste de Londres . Haber dado a luz o estar embarazada después de abril del 2021 (momento en el que se adoptó la recomendación de la vacunación maternal contra el COVID-19). Profesionales sanitarios que dieran atención médica con regularidad a mujeres embarazadas o postparto y/o pudiendo influir en la vacunación maternal.	Mujeres embarazadas y postparto con una mediana de edad entre los 30 y 40 años de diferentes etnias. De los profesionales sanitarios, 18 eran mujeres y tan solo 2 hombres. Desde el punto de vista de la categoría profesional, 12 matronas, 2 médicos de Atención Primaria.

Autoría	Tipo de estudio	Ámbito de estudio	Población de estudio		
			Tamaño muestral	Criterios de inclusión	Características población
Anraad C. et al	Estudio de intervención/ cualitativo (entrevistas semiestructuradas)	Muestra consistente en mujeres embarazadas que procede de clínicas prenatales dirigidas por matronas. Por otro lado, los profesionales sanitarios fueron reclutados a través de una fundación denominada "Centeringzorg", con la misión de formar a matronas en la medicina centrada en el paciente.	42 participantes divididas en 7 grupos de cuidado prenatal (CP). De cada grupo se entrevistaron entre una y tres mujeres embarazadas más la matrona, en total 10 mujeres participantes y 6 matronas	Mujeres embarazadas entre la semana 16 y 18 (capaces de expresarse en holandés. En cuanto a las matronas, debían haber sido entrenadas previamente para dirigir los grupos prenatales por "Centeringzorg"	Mujeres entrevistadas embarazadas con una media de edad de 31,08 años, de las cuales 6 ya tenían un hijo y 4 eran nulíparas
Malik F. et al	Estudio cualitativo (grupos focales)	Muestra procedente de tres establecimientos sanitarios en cada una de las capitales de los países participantes: un hospital materno-infantil, una clínica antenatal urbana y otra clínica periurbana	162 participantes en 15 grupos focales (37 en Argentina, 27 en Brasil, 35 en Honduras, 19 en México y 44 en Perú)	Mujeres embarazadas de más de 18 años, que hubiesen realizado al menos una visita prenatal	Mujeres embarazadas de entre 18 y 42 años, con una edad gestacional mediana de 27 semanas, la mayoría de ellas nulíparas (43%).

AUTORIA	PROCEDIMIENTO	RESULTADO	CONCLUSIÓN
<p>Wilcox CR et al.³⁰</p>	<p>Se desarrolló un cuestionario con preguntas cerradas que permitía además añadir comentarios libres, que se distribuyó a los médicos por correo electrónico. Se les preguntaba acerca sus actitudes en relación a la discusión de la vacunación maternal, su confianza en sus conocimientos sobre los riesgos y beneficios de las vacunas, sus actitudes frente a la introducción de nuevas vacunas maternas. Por otro lado, también se trató el acceso a la vacunación en su región y cuál consideraban el entorno sanitario más adecuado para la administración de las vacunas.</p>	<p>Tan solo el 37% de los médicos de AP discutían la vacunación con las embarazadas de forma regular. Las barreras que influyen en la discusión de la vacunación maternal: falta de confianza en los conocimientos de los riesgos y beneficios de la vacuna (64% y 80% de confianza en la vacuna de la tosferina y gripe, respectivamente), la percepción de que la discusión acerca de la vacunación no es responsabilidad del médico de Atención Primaria (40% de los médicos tenían una opinión neutra o no estaban de acuerdo), Por otro lado, otra barrera sería la inexperiencia del médico (<2 años). Por otro lado, otra barrera es la poca participación en la atención prenatal, ya que en Reino Unido está liderada por ginecólogos y matronas.</p>	<p>Es necesario seguir educando a los médicos de Atención Primaria en relación a la vacunación prenatal (especialmente en el caso de la tosferina), ya que aunque su contacto con las embarazadas sea oportunista, su recomendación se asocia con un aumento en las tasas de vacunación.</p>

<p>Smith S. et al³¹</p>	<p>Se desarrolló un cuestionario online a partir de un pilotaje previo en pacientes dirigido a padres y mujeres embarazadas. El cuestionario constaba de 30 preguntas, de las cuales 13 eran de respuesta libre, combinando información demográfica, actitudes frente a la inmunización, fuentes de información, factores influyentes y opinión acerca del COVID-19. Los datos procedentes de las respuestas abiertas fueron analizadas utilizando un análisis temático y se construyeron códigos manualmente. Los resultados se dividieron en tres secciones: COVID-19, embarazo, crianza.</p>	<p>Solo 69% de las participantes embarazadas recibieron la recomendación de vacunarse durante el embarazo. En cuanto a los profesionales sanitarios que proveían información acerca de las vacunas, lo hacía el 33% de los médicos de Atención Primaria, el 32% de las matronas o enfermeras y solo el 16% de los médicos obstetras. Asimismo, el 72% de las mujeres embarazadas busca información acerca de la inmunización durante el embarazo, como el Internet y las redes sociales. No obstante, la fuente más confiable de información la constituían las matronas y enfermeras (96% de las mujeres que recibieron recomendaciones vacunales). Por otro lado, en relación a la vacuna de COVID-19, el 100% de las mujeres embarazadas la rechazaría, citando la falta de confianza en el sistema, falta de estudios a largo plazo, entre otros.</p>	<p>Un tercio de las embarazadas no recibieron ninguna recomendación vacunal, lo que constituye una oportunidad perdida para discutir las vacunas y contribuir a la toma de decisiones informada. Se recomienda implicar a los profesionales sanitarios en la discusión de las vacunas, proponiéndose varias medidas, como adaptar el plan de estudios universitarios en enfermería y estudios de matronas con el fin de mejorar los conocimientos de las vacunas e incluir de un recordatorio en el manual del embarazo australiano para discutir tanto la inmunización durante el embarazo como en la infancia en la primera visita prenatal.</p>
<p>Ralpa K. et al³²</p>	<p>Las mujeres embarazadas que acudían a consultas rutinarias prenatales en la clínica fueron abordadas de manera oportunista mientras se hacían un test de tolerancia a la glucosa para realizarles una entrevista. Las entrevistas, de entre 10-15 minutos, fueron llevadas a cabo por un estudiante de medicina, supervisado por un investigador. Se discutieron los factores que influían en la decisión de vacunarse y también los factores que influían en la elección del lugar donde vacunarse. Por último, se trató</p>	<p>Conocimiento acerca de las vacunas y de las enfermedades prevenibles mediante la vacunación: las Se mencionan también las experiencias previas, positivas o negativas, con la vacunación y con la enfermedad prevenible como factores influyentes en la toma de decisiones, como la percepción del riesgo de la infección, la percepción de los riesgos y efectividad de la vacuna. Por último, se establece la gran importancia de la recomendación del profesional sanitario en la vacunación. Por</p>	<p>Las mujeres embarazadas se mostraron mayoritariamente satisfechas con el servicio de vacunación, destacando la conveniencia y la accesibilidad del centro. Por otro lado, entre las medidas para mejorar el servicio, se encontraría entrenar a las matronas para discutir la vacunación maternal consistentemente de manera verbal con el fin de promover una toma de decisiones informada. También sería</p>

	<p>la experiencia de las embarazadas en el servicio de vacunación del hospital.</p>	<p>otro lado, en cuanto al lugar de la vacunación, uno de los factores citados por las embarazadas es la conveniencia y la eficiencia del servicio (no tener que concertar una cita adicional para vacunarse, ya que se administra durante el control de la semana 20); la disponibilidad de vacunarse en una clínica en lugar del centro de AP, la confianza y la relación con la matrona. Una de las limitaciones en la discusión de las vacunas en el servicio de vacunación es la provisión de la información únicamente en soporte escrito</p>	<p>útil proporcionar información acerca de la vacuna antes de la cita con la matrona, en el momento de concertarla, ya que algunas embarazadas consideraban que el momento en que recibieron la información era demasiado tarde.</p>
<p>Pringle W. et al³³</p>	<p>Se realizaron entrevistas telefónicas semiestructuradas de 30 a 60 minutos a 17 matronas y otros profesionales. En ellas se trataron la relación de las participantes con la profesión de matrona, sus experiencias con los programas de formación, su conocimiento acerca de la toma de decisiones informadas, sus actitudes y creencias acerca de la vacunación en el embarazo y el conocimiento acerca de las prácticas en la inmunización. Asimismo, se recopiló información documental relacionada con la profesión de matrona: legislación, estándares regulatorios, entre otros, con el objetivo de examinar las diferencias entre los textos que definen la profesión y las experiencias reales de las</p>	<p>Las matronas mencionan la falta de confianza en el conocimiento de las vacunas como la falta de confianza en su capacidad de asesoramiento, lo cual provoca que estas no discutan la vacunación con sus pacientes o que deleguen en otros profesionales sanitarios. Asimismo, se menciona la importancia de que las recomendaciones no se hagan de forma coercitiva. Otra limitación sería la falta de tiempo, ya que la toma de decisiones informada constituye un proceso largo. Algunas matronas tratan el tema de la vacilación ante la vacunación motivada por creencias religiosas y culturales, situación en la que consideran que no se les puede convencer forzosamente sino aceptar</p>	<p>Ofrecer soporte a las matronas para discutir la vacunación en embarazadas mediante recursos y herramientas que se ajusten al principio de toma de decisiones informada. Por otro lado, aumentar la confianza de las matronas en su conocimiento sobre las vacunas infantiles rutinarias también podría impactar positivamente en las conversaciones sobre vacunas durante el embarazo.</p>

	<p>matronas. Para ello, se recurrió a la etnografía institucional.</p>	<p>la decisión de la paciente. Por último, se aborda la relación de confianza entre la matrona y la paciente como una oportunidad para tratar la vacilación ante la vacunación, que se construye a lo largo del embarazo.</p>	
<p>Nalubega P. et al³⁴</p>	<p>Se formaron 3 grupos focales y se realizaron entrevistas semiestructuradas a informantes clave, trabajadores sanitarios, líderes comunitarios, mujeres embarazadas, y "program managers" Los temas que se trataban en las entrevistas tenían por objetivo obtener información sociodemográfica acerca de los participantes, así como su conocimiento en relación a las vacunas, sus experiencias y su punto de vista sobre los factores que influyen la decisión de las embarazadas ante la vacunación. Tanto los grupos focales como las entrevistas tuvieron una duración de entre 60-120 minutos y fueron llevadas a cabo por entrevistadores experimentados, en inglés o en luganda (idioma local). Las discusiones de los grupos focales y las entrevistas semiestructuradas fueron grabadas y posteriormente transcritas.</p>	<p>Barreras encontradas en la vacunación materna: desconfianza en las vacunas (rumores y teorías conspiratorias, por ejemplo administración de vacunas caducadas), preocupación por la seguridad de las vacunas; creencias religiosas; cuestiones de tiempo y logística (distancias largas hasta el centro de vacunación; acceder de manera tardía al cuidado prenatal, perdiéndose la oportunidad de ser vacunada); actitudes de los profesionales sanitarios: ofrecer un trato duro hace que las embarazadas eviten visitarlos. Papel de la comunidad en la decisión de vacunarse: personas mayores de la comunidad (que desalientan la decisión de vacunarse, por percibir innecesaria), pareja (sociedad patriarcal, deben acatar la decisión del marido), familiares, líderes comunitarios, trabajadores sanitarios. Los líderes comunitarios (líderes religiosos, consejo local, personal de servicios de salud del gobierno) percibían que su papel en la toma de decisiones de las embarazadas</p>	<p>Las actitudes negativas del profesional sanitario hacia las mujeres embarazadas reducen sus posibilidades de vacunarse del servicio de cuidado prenatal. Es importante que los sanitarios reciban entrenamiento con el fin de adoptar un trato más cordial con la paciente y puedan proveerles la información vacunal necesaria. Por otro lado, la pareja tiene un papel significativo en la toma de decisiones ante la vacunación de las embarazadas, su negativa pudiendo afectar negativamente la probabilidad de aceptar la vacunación. Por último, otra barrera serían las creencias religiosas.</p>

		<p>estaba limitado por ciertas vacunaciones impuestas por el gobierno.</p>	
<p>Marín-Cos A. et al³⁵</p>	<p>Se realizó primeramente una entrevista de base para recolectar las características demográficas de las participantes embarazadas. A continuación, se les realizaron entrevistas semiestructuradas, a través de videollamadas o llamadas telefónicas, de entre 20-40 minutos. Los aspectos tratados en las entrevistas con las embarazadas eran: 1) el conocimiento acerca de la inmunización materna; 2) experiencias recibiendo vacunas durante el embarazo, 3) experiencias con la vacuna del COVID-19 y 4) la participación hipotética de las embarazadas en ensayos clínicos. Por otro lado, se entrevistaron también profesionales sanitarios, preguntándoles si proveen información sobre de las vacunas maternas en sus consultas</p>	<p>Barreras de los médicos: falta de confianza en recomendar la vacuna en el caso del COVID-19, debido a la falta de evidencia científica procedente de ensayos clínicos, generando un conflicto moral en los médicos. Cambios en los protocolos de vacunación y ambigüedad de las guías clínicas, haciendo que los médicos eviten seguir dichos protocolos, y que se tomen la libertad de reducir la frecuencia con la que se discute dicha vacunación. Barreras en las pacientes: la percepción de los riesgos de la vacuna, desconfianza en el sistema sanitario, factores socioculturales: el nivel educativo o barreras lingüísticas junto a una distancia cultural, recibir recomendaciones opuestas dependiendo del profesional visitado, la percepción de que las recomendaciones se realizan de manera generalizada en lugar de tomar un enfoque individual.</p>	<p>La discusión de las vacunas maternas con las matronas es un elemento clave para favorecer la vacunación . No obstante, los profesionales sanitarios tienen una confianza disminuida en la vacuna del COVID-19. Para superar esta limitación, es necesario que cuenten con protocolos de vacunación estables en el tiempo que les genere confianza y asimismo, disponer de más evidencia científica para recomendar la vacuna.</p>

Marbán-Castro E. et al³⁶

Se diseñaron dos cuestionarios, uno para mujeres embarazadas y otro específicamente para profesionales sanitarios. Ambos cuestionarios se administraron a los participantes a través de la plataforma *Sistema enquestes*, perteneciente al Hospital Clínic de Barcelona. El cuestionario dirigido a las embarazadas constaba de 42 preguntas cerradas acerca de los factores individuales, sociales y estructurales que influyen en toma de decisiones ante la vacunación. Por otro lado, el cuestionario a los profesionales sanitarios consistía en 21 preguntas acerca de sus prácticas en relación a la vacunación maternal, incluyendo el COVID-19, centrándose en la recomendación y provisión de información a las pacientes. Por otro lado, las respuestas de texto libre se analizaron temáticamente y se codificaron manualmente en temas y subtemas para identificar las barreras y facilitadores para la vacunación materna.

Recomendación de un profesional sanitario (73%), deseo de proteger al bebé y a ellas mismas frente a enfermedades infecciosas (54% y 47%); miedo al daño potencial de la vacuna en el bebé y ellas mismas (43% y 14%); no haberles ofrecido la vacuna (13%), falta de consenso entre profesionales sanitarios, constituyendo un foco de indecisión para las embarazadas. En cuanto a los profesionales sanitarios, a la hora de recomendar la vacunación, el 24% consideraban que **contaban con suficiente información** para la vacuna del COVID-19, el 40% para la vacuna de Tdap y el 33% en el caso de la gripe. Entre las barreras reportadas por los profesionales sanitarios se encuentran: **la falta de datos acerca de la vacuna del COVID-19 proveniente de ensayos clínicos en embarazadas, la dificultad en llegar a un consenso con las embarazadas vacilantes frente a la vacunación; la desinformación distribuida por los medio de comunicación**, influenciando negativamente la aceptabilidad de la vacuna en embarazadas; **guías clínicas inconsistentes, la percepción del papel del sanitario en la toma de decisiones frente a la vacunación**: se prefiere informar antes que recomendar la vacuna, ya que se aboga por la decisión informada y autónoma de la pacientes.

Los profesionales sanitarios cuentan con un papel clave en la aceptabilidad de las vacunas. Mediante la discusión de las vacunas ayudan a reducir la carga decisional de las embarazadas. Es importante capacitar a los profesionales sanitarios y ofrecerles información para poder recomendar la vacunación con confianza.

<p>Kajungul D. et al³⁷</p>	<p>Se llevaron a cabo discusiones en 10 grupos focales con embarazadas (90 minutos de duración) así como 5 entrevistas a profesionales sanitarios (45 minutos). El estudio fue diseñado tomando como marco conceptual el <i>Andersen and Newman Behavioural Model for health service utilization</i> para identificar los factores que influyen los factores individuales, contextuales y la necesidad percibida de vacunarse. Dicho marco se modificó posteriormente utilizando el modelo de Handy et al. para interrelacionar los factores mencionados entre ellos. Todas las entrevistas fueron grabadas en Lusoga (idioma local) y posteriormente traducidas y transcritas al inglés.</p>	<p>Barreras en la vacunación de las embarazadas: falta de conocimiento sobre otras vacunas; preocupación sobre los efectos adversos; creencias religiosas; preferencia por métodos tradicionales frente a la vacunación; tiempo de espera largo; experiencias abusivas con los profesionales sanitarios en el cuidado prenatal; papel de la pareja (su preocupación por los efectos adversos influenciaba negativamente la decisión de vacunarse de la embarazada). Los profesionales sanitarios animaban a que viniesen con sus parejas a las consultas de cuidado prenatal, Sin embargo, para algunas mujeres ir con sus parejas les producía incomodidad y decidían no ir a las consultas.</p>	<p>El comportamiento de los profesionales sanitarios con las embarazadas se describía como grosero y abusivo, desalentando la toma de decisiones compartidas e incluso la vacunación, ya que las embarazadas, como consecuencia, rehuían las visitas prenatales. El sistema sanitario debe desarrollar una relación de confianza entre los sanitarios y las embarazadas, capacitando a los profesionales sanitarios para ejercer de manera ética y proveer recomendaciones vacunacionales positivas. Por otro lado, también se pone de manifiesto la importancia del apoyo de la pareja en la toma de decisiones.</p>
---------------------------------------	---	--	---

Skirrow H. et al³⁸

Se llevó a cabo la evaluación de una clínica de vacunación dirigida por matronas en el hospital durante 1 año (abril 2017-marzo). Primeramente, se realizó un análisis de las características demográficas de las embarazadas que visitaban la clínica. Se construyó una base de datos anonimizada con las embarazadas que visitaron la clínica: las matronas registraban en un excel la fecha en la que vieron a las embarazadas, si estaban vacunas y que vacunas habían recibido. En el caso de haber declinado la vacunación, se registraba brevemente el motivo. A continuación, se eliminaron los registros duplicados y se procedió al análisis a partir de los datos demográficos (procedentes de las historias clínicas del hospital), incluyendo el rango de edad, número de partos, etnia, contexto familiar y la comprensión del inglés. Del mismo modo, se incluyó el código postal asociado a cada embarazada, con el fin de relacionarlo con IMD del año 2015 (Índice de Deprivación Múltiple). Por otro lado, también se realizaron entrevistas semiestructuradas con 10 mujeres, seleccionadas por haberse vacunado a través de la clínica, haber recibido asesoramiento sobre las vacunas por parte de las matronas y según el decil del IMD por código postal. Las entrevistas abordaban temáticas extraídas de la literatura previa.

Barreras individuales de las pacientes: etnia. La aceptabilidad de las vacunas era menor en mujeres negras (67% frente al 80% de otras etnias en la vacunación contra la tosferina, y 36% frente al 51% en el caso de la gripe. También una **menor edad** (<25 años), como **vivir en áreas deprimidas**. Barreras para las pacientes, **la relación con el profesional sanitario** (descontento con la provisión de la información rutinaria por parte de la matrona); **la percepción de los riesgos de la vacuna y de la enfermedad** (una percepción alta del riesgo de la vacuna provocaba su rechazo); **experiencias previas de vacunación** (familiares, propias) y **creencias** (unas creencias holísticas se relacionaban con la declinación de la vacunación); **desconfianza en el sistema sanitario**.

El servicio de vacunación liderado por matronas parece ser un modelo efectivo de la vacunación durante el embarazo y una alternativa a la provisión de vacunas a través de la Atención Primaria (89% de las mujeres que visitaron el servicio fueron vacunadas). Por otro lado, el papel de las matronas constituye una gran influencia en la toma de decisiones ante la vacunación de las embarazadas. Las matronas deberían ser entrenadas para ser capaces de promover la vacunación entre las embarazadas. Desde el punto de las embarazadas, los factores principales de la vacilación ante la vacunación serían ser de raza negra y residir en áreas deprimidas económicamente.

<p>Gauld N. et al³⁹</p>	<p>Se realizaron 53 entrevistas semiestructuradas a embarazadas, farmacéuticos, profesionales de Atención Primaria y matronas, de las cuales 47 fueron cara a cara y 6 telefónicas. con una duración de alrededor de 25-30 minutos. Los temas de discusión para las mujeres embarazadas incluían: conocimiento acerca de las enfermedades vacunales como tosferina y gripe en bebés y en el embarazo, conocimiento acerca de las vacunas maternas, si habían recibido dichas vacunas durante el embarazo y en caso contrario, por qué motivos; experiencias con la vacunación y preocupaciones acerca de la vacunación. Las temas discutidos por los profesionales sanitarios eran: su papel en la vacunación, experiencia administrando las vacunas, conocimiento acerca de las vacunas maternas, como aumentar las tasas de vacunación, barreras y facilitadores para recomendar las vacunas maternas. Los resultados se agruparon en categorías según el modelo COM-B.</p>	<p>Barreras de las embarazadas: capabilidad (variabilidad del grado conocimiento acerca de la vacunación materna; cantidad de información recibida durante las visitas a brumadora para las embarazadas; ideas equivocadas acerca de la vacuna de la gripe, considerada menos importante; barrera lingüística Barreras matronas: capabilidad (poca formación en vacunas maternas durante la carrera de matrona; lagunas de conocimiento acerca de la financiación de la vacuna, su disponibilidad, de los daños potenciales de la gripe durante el embarazo); motivación (filosofía de apoyar la decisión de la paciente, evitando no establecer recomendaciones, en el caso de la vacunación contra la gripe, creencia de que esta es menos importante que la tosferina; falta de tiempo; consultas prenatales cargadas de información). Barreras profesionales de Atención Primaria: capabilidad: delegación de la vacunación en las enfermeras por parte de los médicos de Atención Primaria (menor conocimiento de las vacunas por parte de los médicos al delegar); motivación: médicos de AP centrados en la vacunación infantil (menor preocupación por las vacunas maternas). Barreras farmacéuticos: capacitación: poco</p>	<p>Las matronas son el profesional sanitario con mayor influencia en la decisión de vacunarse de las embarazadas. Las barreras descritas por estas profesionales son la falta de tiempo para discutir la vacunación o la necesidad de atender otros aspectos durante las visitas prenatales. Por otro lado, los médicos de Atención Primaria, a través de los cuales algunas mujeres embarazadas podían acceder a la vacunación, priorizaban la vacunación infantil por encima de la vacunación materna. Asimismo, el conocimiento de los profesionales acerca de la vacunación y su experiencia es un facilitador para la discusión de las vacunas.</p>
------------------------------------	---	---	--

		<p>conocimiento sobre las vacunas maternas por parte de los farmacéuticos que no estaban formados para administrar vacunas.</p>	
<p>Feshshaye B. et al⁴⁰</p>	<p>Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 12 mujeres embarazadas, 12 madres lactantes y 16 profesionales sanitarios. Estas incluían preguntas sobre la promoción de la vacuna del COVID-19 por parte de los sanitarios, así como los facilitadores y las barreras que influían en la decisión de vacunarse de las mujeres embarazadas y madres lactantes. Las entrevistas se realizaron en el idioma Bangla, fueron grabadas, posteriormente transcritas y traducidas al inglés por un miembro del estudio que conocía hablaba ambos idiomas con fluidez. Seguidamente, las transcripciones volvieron a ser traducidas por una traductor externo, para asegurar la exactitud de la traducción. Se generaron códigos y se identificaron temas y subtemas en las entrevistas a partir de ellos.</p>	<p>Barreras de los profesionales sanitarios para la promoción de la vacuna del COVID-19: desconocimiento acerca de las políticas vacunacionales y la elegibilidad de las embarazadas para recibir la vacunación. Asimismo, los profesionales sanitarios de medios rurales se apoyaban en las instrucciones e informaciones dadas por las autoridades. Otra barrera sería, por tanto, la falta de comunicación directa o de instrucción por parte de las autoridades sanitarias; necesidad de desmentir mitos alrededor de la vacuna (evitando vacunar durante el primer y tercer trimestre de embarazo para que la población no relacionase la vacuna con un aborto o con los defectos de nacimiento del feto). Por otra parte, las creencias religiosas y las autoridades religiosas pueden ser tanto un facilitador como una barrera en la promoción de la vacuna: las autoridades religiosas pueden promover los mitos acerca de las vacunas, así como difundir el conocimiento acerca de la vacunación mediante la comunicación religiosa</p>	<p>Los trabajadores sanitarios se guían por las informaciones recibidas por las autoridades sanitarias a la hora de recomendar las vacunas. Reforzar la comunicación entre las autoridades y los profesionales, explicándose claramente las últimas guías de vacunación y los hallazgos en investigaciones, ayudaría a aumentar la promoción de las vacunas a las embarazadas por parte de los sanitarios. Por otro lado, se pone de manifiesto el papel de los líderes religiosos, pudiendo influenciar la toma de decisiones ante la vacunación tanto positiva como negativamente.</p>

<p>Karafilakis E. et al⁴¹</p>	<p>Las participantes completaron un cuestionario a través de Internet que incluía preguntas acerca de sus actitudes frente a la vacunación en general y, más específicamente, durante el embarazo, fuentes de información para la toma de decisiones ante la vacunación maternal, vacunaciones previas e intenciones futuras de vacunarse, así como características sociodemográficas (edad, si estaba embarazada, situación de empleo, ingresos anuales por hogar, nivel de educación y religión) Las preguntas acerca de las vacunaciones previas e intenciones de vacunarse podían responderse con "sí", "no" o "no sabe". Por otro lado, preguntándoles por sus actitudes ante la vacunación, las mujeres podían responder con "de acuerdo", "en desacuerdo", "ni de acuerdo ni en desacuerdo" o "no sabe". También se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas y grupos focales con una muestra procedente de París y Toulouse. Los tópicos que trataban eran: el conocimiento, las experiencias, actitudes y los factores que influían en la toma de decisiones ante la vacunación.</p>	<p>Barreras de las embarazadas: falta de conocimiento acerca de las vacunas administradas durante el embarazo; desconfianza acerca de la seguridad y efectividad de las vacunas: falta de recomendación por parte de un profesional sanitario; necesidad de tener una relación de confianza con el profesional sanitario, la creencia "mi cuerpo, mi decisión" de algunas mujeres (las mujeres que rechazaban la vacuna tenían una mayor confianza en su capacidad de decisión individual) Otros factores que influyen la toma de decisiones son: la percepción del riesgo de contraer la enfermedad (un riesgo bajo percibido se asocia con el rechazo de la vacuna); menor tolerancia a los riesgos (percepción de unos riesgos invisibles que podrían afectar al feto durante el embarazo baja percepción de la necesidad de la vacuna (en el caso de la vacuna de la gripe)</p>	<p>La toma de decisiones ante la vacunación por parte de las mujeres embarazadas se sitúa entre dos corrientes: a pesar de que la mayoría de las mujeres perciben dicha decisión como una individual, tienen el deseo de poder discutir la vacunación con los profesionales sanitarios (el 74% los consideran como la fuente de información mayor confianza). Sin embargo, muy pocos profesionales sanitarios llevan a cabo la discusión de las vacunas con sus pacientes. Este hecho podría explicarse por la propia falta de confianza en la vacuna por los profesionales sanitarios.</p>
--	--	---	---

<p>Berendes S. et al⁴²</p>	<p>Las pacientes embarazadas y los profesionales sanitarios fueron entrevistados a través de videollamadas/llamadas telefónicas o bien cara a cara durante 22-93 minutos. Asimismo, también se formó un grupo focal con 7 mujeres embarazadas, que exploraba las experiencias con las vacunas maternas, las fuentes de información vacunal, conocimientos, actitudes, creencias, comportamientos, recomendaciones para mejorar la manera en que las vacunas se ofrecen a las embarazadas (centradas en fuentes de información preferidas, comportamiento del profesional sanitario, políticas, entre otros), y cuál sería la aceptabilidad de las mujeres ante posibles intervenciones vacunales. Las discusiones de los grupos focales fueron grabadas y posteriormente transcritas. El análisis temático se realizó en seis pasos: leer cada transcripción, generar códigos iniciales, buscar temas a partir de los códigos iniciales, revisar los temas, definir y nombrar temas y producir el análisis final.</p>	<p>Barreras de tipo organizativo: poca participación del médico de Atención Primaria en el cuidado prenatal; falta de comunicación bidireccional entre médico de Atención Primaria y matronas; alta rotación de los profesionales sanitarios implicados en el cuidado prenatal debido a la pandemia del COVID-19, dificultando la discusión de la vacunación; falta de recursos, menos tiempo para dedicarse a la vacunación maternal; deficiencias en el sistema de registro electrónico, ocasionando que las matronas no supiesen si sus compañeros ya habían discutido la vacunación en visitas antenatales previas; provisión de información (por ejemplo, en folletos) acerca de las vacunas mediante aplicaciones digitales difíciles de usar para las embarazadas, barreras lingüísticas (folletos entregados no estaban traducidos a todos los idiomas) Falta de diálogo con los profesionales sanitarios en relación a las vacunas, que evitan conversar queriendo respetar la elección personal de las pacientes; la consideración de que las embarazadas deben investigar por su cuenta la vacunación; recomendaciones inconsistentes de los profesionales sanitarios. Por último, se aborda la percepción de los beneficios y riesgos de la vacunación de las embarazadas. siendo especialmente relevante en el caso de la</p>	<p>Para potenciar la toma de decisiones compartidas en la vacunación durante el embarazo, es necesario que existan recomendaciones más claras por parte de los sanitarios, mayor tiempo dedicado al diálogo con las pacientes y provisión de más información. Se debe educar a los profesionales sanitarios acerca de las vacunas maternas (efectos adversos, beneficios, entre otros). Por otro lado, en la provisión de información complementaria se deberían considerar las barreras individuales de las embarazadas, digitales o lingüísticas. de manera que esta se haga de una forma más accesible.</p>
--	---	---	--

		<p>vacuna de COVID-19; por último, la falta de confianza en el conocimiento y capacidades de los profesionales sanitarios para efectuar recomendaciones acerca de la vacunación maternal.</p>	
<p>Anraad C. et al⁴³</p>	<p>Se reclutaron a matronas que dirigían grupos de "Centering pregnancy" (modelo de cuidado prenatal en las que las visitas antenatales se realizan de manera grupal) ya existentes para llevar a cabo sesiones con sus pacientes tratando la vacunación de la tosferina en las semanas 16 y 18 de embarazo, ya que dicha vacuna se ofrece a las 22 semanas. Las sesiones consistían en 1) la identificación de las necesidades de las embarazadas en relación con la toma de decisiones ante la vacuna de la tosferina; 2) discutir información relevante acerca de la vacuna de la tosferina; 3) apoyar la toma de decisiones de la embarazada, permitiéndoles expresar sus preocupaciones y deseos. Posteriormente, se evaluó la intervención mediante cuestionarios que se pasaron antes y después de la sesión. Asimismo, se realizaron entrevistas semiestructuradas a entre 1 y 3 participantes embarazadas y 1 matronas de cada grupo de "Centering Pregnancy" de los 7 que se habían constituido.</p>	<p>Barreras matronas: necesidades informativas de las participantes variadas, algunas ya habían tomado una decisión en relación a la vacuna de la tosferina, mientras que otras embarazadas no habían oído nunca de dicha vacuna; incertidumbre de las matronas de cómo manejar el curso de la discusión, dudando si priorizar la opinión del grupo o las opiniones individuales; las sesiones online se realizaron en 2 grupos y se valoraron negativamente, prefiriéndose la presencialidad; los grupos de discusión demandan mucho tiempo por parte de las matronas y restringe el tiempo para tratar otros temas importantes; reticencia en preguntar a las embarazadas por sus opiniones personales acerca de la vacuna de la tosferina (considerándolo un tema sensible que podría abrir debates acalorados). Barreras embarazadas: algunas embarazadas hubiesen deseado que las matronas les hubieran aconsejado sobre si recibir o no la vacuna, en lugar de dejar la decisión en las</p>	<p>Las experiencias de las mujeres embarazadas y de las matronas con la intervención fueron positivas, contribuyendo a la toma de decisiones informada y al aumento del conocimiento sobre la vacuna de la tosferina. Si bien fue necesario dedicarle mucho tiempo a las sesiones y algunas mujeres en la semana 16-18 de embarazo ya habían decidido sobre la vacunación de la tosferina, está intervención ha resultado ser viable para el propósito con el que fue diseñada.</p>

		<p>manos de las participantes; falta de interacción entre las participantes en algunos grupos, compartiendo experiencias y opiniones personales; deseo de obtener más información científica (en el caso de mujeres con mayor nivel educativo).</p>	
<p>Malik F. et al ⁴⁴</p>	<p>Se llevaron a cabo discusiones en 15 grupos focales con embarazadas, centrándose en temas como el conocimiento de las embarazadas acerca de las recomendaciones vacunacionales, actitudes hacia la vacunación durante el embarazo, la provisión de información sobre vacunas durante las visitas prenatales, necesidades informacionales y barreras en la inmunización. Antes de cada discusión de los grupos focales, se administró un breve cuestionario para recoger información en relación a las características demográficas y clínicas de las participantes (edad, periodo gestacional, número de visitas prenatales realizadas, embarazos previos, entre otros). Las discusiones llevadas a cabo en español y portugués se grabaron y posteriormente se transcribieron y tradujeron al inglés. Las traducciones fueron revisadas por un hablante nativo de inglés y un hablante bilingüe que tenía el inglés por segundo idioma. Al final de cada grupo focal, un profesional sanitario local</p>	<p>Barreras relacionadas con el conocimiento: desconocimiento de los beneficios de las vacunas maternas; (aunque hay diferencias entre países, en el caso de la vacuna de la gripe en Argentina las embarazadas estaban mejor informadas gracias a campañas televisivas); preocupación por otros problemas de salud durante el embarazo (hipertensión, dieta); falta de discusión acerca de las vacunas por parte del profesional sanitario (poca interacción durante las consultas, limitándose a prescribir la vacuna); por otro lado está la falta de iniciativa de las mujeres embarazadas para empezar una conversación acerca de las vacunas con el sanitario: buscando rellenar las lagunas informativas a través de información en las redes sociales o en Internet. Barreras relacionadas con las actitudes frente a la vacunación: preocupación por los efectos adversos en el feto; experiencias negativas de otras embarazadas (a través de las redes sociales); desconfianza en el modelo</p>	<p>Las embarazadas señalan que aceptarían la vacunación tras discutir los beneficios y riesgos de la vacunación con un profesional sanitario. Sin embargo, en los países latinoamericanos debe mejorarse la comunicación de las vacunas entre los profesionales sanitarios y las embarazadas, ya que no suele discutirse la vacunación en las consultas con los profesionales.</p>

	<p>explicaba brevemente las vacunas maternas y contestaba a las preguntas y dudas de las participantes embarazadas.</p>	<p>sanitario y preferencia por la medicina tradicional o alternativa. Barreras relacionadas con el acceso a la vacunación: tiempos de espera largos, desabastecimiento de vacunas y profesionales sanitarios groseros (respondiendo hostilmente a las preguntas de las embarazadas). Por otro lado, las embarazadas señalan la influencia de los miembros de la familia en la toma de decisiones y también de la pareja, que además les recuerdan cuando tienen las visitas prenatales.</p>	
--	---	--	--

Tabla 5. Descripción de las barreras descritas por los profesional sanitarios y mujeres embarazadas

Barreras profesionales sanitarios			Barreras mujeres embarazadas
Médicos de Atención Primaria	Matronas y personal de enfermería	Barreras comunes entre sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> Falta de conocimiento acerca de qué vacunas que se administran durante el embarazo y de sus beneficios y riesgos
<ul style="list-style-type: none"> Poca participación de los médicos de Atención Primaria en el cuidado prenatal 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de formación: <ul style="list-style-type: none"> Falta de contenidos 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de conocimiento: Falta de conocimiento acerca de los beneficios y riesgos de las vacunas 	<ul style="list-style-type: none"> Preocupación por la seguridad y efectos adversos de la vacunación Deseo de proteger al feto,

Barreras profesionales sanitarios			Barreras mujeres embarazadas
<ul style="list-style-type: none"> - Los médicos de AP no llegan a conocer que la paciente está embarazada, lo que impide la discusión de la vacunación 	<p>teóricos acerca de la vacunación impartidos en las carreras universitarias a matrona.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Poca disponibilidad de evidencia clínica a partir de EC en la vacunación COVID-19 	<p>baja tolerancia a riesgos autopercebidos</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Actitudes frente a la vacunación: - Priorización de la vacunación infantil frente a la vacunación maternal - Percepción de que la discusión de la vacunación maternal no es el papel de Atención Primaria, 		<ul style="list-style-type: none"> ● Restricciones de tiempo - La discusión de las vacunas es un proceso largo que necesita de un diálogo detallado entre ambas partes - Tiempo restringido en consultas prenatales: se abordan muchas cuestiones relevantes en el embarazo - Los grupos de discusión centrados en el embarazo demandan más tiempo todavía. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Experiencias previas de vacunación negativas, tanto propias como de su entorno - Pueden favorecer la vacilación ante la vacunación - Influencia del entorno familiar y de la pareja ● Falta de consenso acerca de si recomendar las vacunas entre los distintos profesionales sanitarios, que incrementan la incertidumbre de la embarazada
		<ul style="list-style-type: none"> ● Deseo de respetar las decisiones y la autonomía de la paciente - Especialmente difícil llegar a un consenso con embarazadas vacilantes ante la vacunación (creencias, religión) - Se evita la recomendación de la vacuna o infundir opiniones personales, limitándose a informar de 	<ul style="list-style-type: none"> ● Creencias: - Desconfianza en el sistema sanitario - Preferencia por métodos tradicionales antes que por la medicina moderna - Tendencia a creer en teorías conspiratorias

Barreras profesionales sanitarios			Barreras mujeres embarazadas
		<p>sus características</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en los protocolos de vacunación y ambigüedad de las guías s 	
			<ul style="list-style-type: none"> • Características personales y socioculturales: <ul style="list-style-type: none"> - Nivel de estudios - Barreras lingüísticas y culturales - Escasos recursos económicos, procedencia de áreas deprimidas
			<ul style="list-style-type: none"> • Factores organizativos del sistema sanitario y falta de tiempo <ul style="list-style-type: none"> - Poca conveniencia en el acceso a la vacunación: largas colas, necesario concertar citas adicionales a las consultas prenatales para vacunarse - Acceso tardío a la atención prenatal, pasado el plazo de la discusión de la vacunación por parte de los sanitarios

Barreras profesionales sanitarios			Barreras mujeres embarazadas
			<ul style="list-style-type: none">• Relación con el profesional sanitario:<ul style="list-style-type: none">- Necesidad de establecer una relación de confianza y una discusión de la vacuna individualizada para cada paciente

