

Vacunación contra influenza A H1N1 en trabajadores de la salud en la Unidad de Terapia Intensiva

Michelle Gatica-Torres,* Juan Carlos Serna-Ojeda,** Alonso Tena,** Guillermo Domínguez-Cherit**

* Departamento de Medicina Interna.

** Subdirección de Medicina Crítica, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

A nivel mundial, la cobertura de vacunación contra influenza entre trabajadores de la salud (TS) no alcanza los niveles esperados temporada tras temporada. En 2009, durante la emergente pandemia de influenza, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió la recomendación de aplicar la vacuna contra influenza A H1N1 a todos los TS. A pesar de estas recomendaciones se reportaron coberturas de 34% en Estados Unidos y, aunque en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) se consiguieron mayores coberturas, éstas no sobrepasaron 50%.¹ Siguiendo las recomendaciones de la OMS, México colocó a los TS como grupo prioritario para recibir el biológico.

Para determinar la cobertura de la vacuna monovalente de influenza pandémica AH1N1 (2009) en los TS de la UTI y del Departamento de Urgencias se realizó un estudio transversal durante los meses de agosto y septiembre 2010 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), el cual incluyó a todos los médicos adscritos, médicos residentes, personal de enfermería, de inhaloterapia y administrativo. Asimismo, se buscó identificar los factores asociados con la tasa de vacunación y describir las razones por las que el personal de salud no se aplica las vacunas.

Se realizaron 110 encuestas de un total de 119 trabajadores de la UTI y del Departamento de Urgencias (92% del total). La edad promedio fue de 34.5 ± 7.8 años, 78 mujeres (71%) y 41 hombres (29%). Por ocupación, 78 eran del personal de enfermería (71%); 13 del personal médico (12%); 11 del

personal de inhaloterapia (10%) y ocho que se agruparon en otros (7%). De acuerdo con el turno laboral, 43 (39%) correspondían al turno matutino, 21 (19%) al vespertino y 36 (33%) al nocturno, así como diez personas (9%) que laboraban en más de un turno. La cobertura de vacunación fue de 56%. De acuerdo con la ocupación, el grupo de los médicos alcanzó los niveles más altos de vacunación con 77% y el personal de enfermería presentó la menor cobertura (49%), mostrando una diferencia con respecto al resto del personal (72%) ($p = 0.03$). Los trabajadores del turno vespertino presentaron una cobertura de 29%, la cual fue menor en comparación al resto de los turnos ($p = 0.01$). De los sujetos que se aplicaron esta vacuna, 43 (39%) refirieron reacciones secundarias, el dolor local fue el más frecuente (42%). Entre los TS que no se la aplicaron, el principal motivo fue el temor a las reacciones secundarias (53%). Cinco (4.5%) refirieron haber padecido influenza AH1N1 en algún momento durante la contingencia. Finalmente, 92% se consideraba en riesgo de adquirir influenza AH1N1 al momento de la aplicación de la encuesta.

Los TS juegan un papel muy importante en la transmisión del virus de la influenza dentro de los hospitales; se han documentado brotes en donde éstos se convierten en una pieza clave al propagar la enfermedad.² Deben explorarse los factores que pudiesen explicar las bajas tasas de vacunación en los grupos que lo presentaron, como son enfermería y en el turno vespertino, viendo si en este último existe la percepción de una menor disponibilidad de la vacuna en este horario.

De las personas vacunadas contra influenza AH1N1, todas las reacciones secundarias que refirieron fueron leves y transitorias. En este contexto, se debe notar que el principal motivo referido por los que no se aplicaron la vacuna fue el temor a las reacciones secundarias y la falta de información que existía. Esta pandemia tuvo un enfoque mediático de grandes proporciones y mucha información se obtenía de los medios de comunicación, en donde se hablaba de la nueva vacuna con especulaciones sobre serios eventos adversos y sobre la falta de experiencia que se tenía sobre ella, incluso cuando se desarrolló con los mismos estándares que se habían utilizado por años en las vacunas estacionales.³

Según este estudio, la mayoría de los TS se consideraba en riesgo de adquirir la enfermedad, aunque esto no se viera reflejado en las coberturas de vacunación. Se sabe que aunque sean indispensables, no son suficientes las medidas como lavado de manos o aislamiento de pacientes para el control de la propagación del virus de influenza, por lo que la vacunación es una piedra angular en el control nosocomial.⁴

Las medidas recomendadas para aumentar la cobertura van desde ofrecer la vacuna año con año dentro del lugar de trabajo y sin costo alguno, apoyarse por medio de clínicas y carros ambulantes, acceso a las vacunas durante todos los turnos de trabajo, monitorizar de manera periódica las coberturas obteniendo una retroalimentación y considerar la cobertura de vacunación como indicador de seguridad del paciente. Todas estas estrategias se han realizado en el INCMNSZ y, aunque de acuerdo con los resultados de este trabajo, la cobertura en UTI fue mayor a la reportada en la literatura, ésta sólo fue de 56%. Hay instituciones internacionales en las que se ha establecido la vacunación contra influenza como requisito laboral otorgando autorización de exención únicamen-

te por contraindicaciones médicas y, aunque plantea un dilema ético, ha alcanzado coberturas de hasta el 98%.⁵

Las campañas de vacunación dentro de los hospitales deben ser dirigidas a todos los TS para educar sobre la importancia de las vacunas como medio de protección de todo el sistema de salud; deben informar sobre la seguridad y eficacia de éstas, conociendo que sus beneficios superan las posibles complicaciones, ya que mientras más comunicación veraz se tenga se presentará un menor rechazo a la vacuna. Debe considerarse la opción de la vacunación obligatoria para el personal para elevar las tasas de cobertura.

REFERENCIAS

1. Centers for Disease Control and Prevention. Interim Results: Influenza A (H1N1) 2009 Monovalent and Seasonal Influenza Vaccination Coverage Among Health-Care Personnel-United States, August 2009-January 2010. *MMWR* 2010; 59(12): 357-62.
2. Salgado CD, Giannetta ET, Hayden FG, Farr BM. Preventing nosocomial influenza by improving the vaccine acceptance rate of clinicians. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2004; 25: 923-8.
3. Leung GM, Nicoll A. Reflections on Pandemic (H1N1) 2009 and the International Response. *PLoS Med* 2010; 7(10): e1000346.
4. Glezen WP. Prevention and Treatment of Seasonal Influenza. *N Engl J Med* 2008; 359: 2579-85.
5. Babcock H, Gemeinhart N, Jones M, Dunagan WC, Woeltje KF. Mandatory influenza vaccination of health care workers: Translating policy to practice. *CID* 2010; 50: 459-64.

Reimpresos:

Dr. Guillermo Domínguez-Cherit
Subdirección de Medicina Crítica
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
Salvador Zubirán
Vasco de Quiroga 15
Col. Sección XVI, Tlalpan
14080, México D.F.
Correo electrónico: guidom@prodigy.net.mx

*Recibido el 15 de agosto, 2011.
Aceptado el 16 de agosto, 2011.*