

La vacunación del personal sanitario. Recomendaciones y realidades

M. Campins Martí

Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona. España.

A principios del siglo XX, la escarlatina y la difteria representaban casi la mitad de los ingresos hospitalarios por enfermedades infecciosas, y alrededor del 5% del personal sanitario adquiriría estas infecciones a consecuencia de su exposición ocupacional¹. Richardson² afirmaba que en aquella época muchos trabajadores sanitarios evitaban el cuidado de estos pacientes por temor a las posibles consecuencias.

Los hospitales y centros sanitarios, lugares por excelencia para la atención de los problemas de salud de la población, constituyen a su vez entornos de riesgo de adquisición y diseminación de enfermedades infecciosas para el personal sanitario y los pacientes (tabla 1). Son numerosas las publicaciones que hacen referencia a brotes intrahospitalarios de infecciones como el sarampión, la varicela o la gripe³. Sin embargo, y aunque pueda parecer un contrasentido, actualmente la percepción del riesgo en ocasiones se minimiza e incluso, algunos sanitarios, parecen ignorarlo con la falsa creencia de que la exposición continuada a los microorganismos les hace inmunes a su adquisición.

Si tomamos como ejemplo la gripe, infección comunitaria de elevada morbilidad y que cada invierno genera un número importante de hospitalizaciones, se observa que la cifra de casos de adquisición nosocomial no es despreciable. En el 17% de los pacientes hospitalizados con gripe, ésta es de origen nosocomial⁴. Algunos brotes intrahospitalarios ocurridos en los últimos años en España ponen en evidencia la trascendencia del problema. En febrero de 2001, se detectó un brote de gripe en el Servicio de Enfermedades Infecciosas de un hospital terciario de Barcelona, la tasa de ataque en los pacientes fue del 34% y en el personal sanitario del 51%, con el resultado del fallecimiento de una enferma de 30 años, afectada de sida, que desarrolló una neumonía grave por virus influenza A; sólo el 7% de los sanitarios de esta área estaban vacunados⁵. En 2002, se describieron dos brotes consecutivos en dos unidades de neonatología de otro centro hospitalario de Barcelona, con una tasa de ataque en recién nacidos del 31,5%, y con transmisión secundaria al personal sanitario y a algunos familiares⁶. La reflexión que debe hacerse a partir de éstos y de otros muchos brotes similares publicados en todo el mundo es que muchos de estos casos se podrían haber evitado; la gripe es una infección prevenible por vacunación.

El trabajo realizado por Galicia-Sicilia et al⁷, publicado en este mismo número, aporta más información sobre la realidad de la vacunación antigripal en los profesionales

de la salud. A pesar de que existe un amplio consenso en las recomendaciones de inmunización antigripal anual de las personas con enfermedades de base de riesgo y de sus contactos, entre los que se incluye el personal sanitario⁸, sólo el 22% de los sanitarios de este centro se vacunaron en la temporada gripal 2003-2004, y los que lo hicieron argumentaron como principal motivo, la protección de su propia salud, no la de los pacientes. Una conclusión importante en este sentido y que debe enfatizarse en todas las actividades de formación sobre prevención de riesgos laborales y control de la infección nosocomial es la doble finalidad de la vacunación antigripal en el entorno hospitalario: la protección del propio sanitario y la reducción del riesgo de transmisión de la gripe a los pacientes. Hospitales con programas activos de vacunación de sus empleados han logrado disminuciones de la incidencia de gripe en el personal de hasta el 88%⁹ y una reducción de la mortalidad por complicaciones de esta infección en los pacientes cercana al 50%^{10,11}.

Sorprende que los trabajadores de la salud, que por nuestra profesión y mejor acceso a la información, deberíamos tener un mayor conocimiento científico sobre la efectividad de la vacunación que el resto de la población, tengamos en este tema tantas falsas percepciones y conceptos erróneos. Y más aún en España, país líder a nivel mundial por sus coberturas vacunales frente a gripe en población mayor de 64 años¹². Si los sanitarios recomendamos a nuestros pacientes que se vacunen, ¿por qué no seguimos nosotros mismos tales indicaciones?

Múltiples estudios, realizados en Estados Unidos, Europa y también en España, han intentado profundizar en las barreras o motivos que expliquen este fenómeno y han obtenido resultados muy similares. Las principales razones argumentadas por los sanitarios para rechazar la va-

TABLA 1. Principales riesgos biológicos del personal sanitario y vacunas disponibles

| | |
|---|---|
| Transmisión sérica HIV/sida Hepatitis B* Hepatitis C | Transmisión entérica Hepatitis A* Rotavirus* Salmonella*/Shigella |
| Transmisión respiratoria Tuberculosis* Gripe* Sarampión* Tos ferina* Parotiditis* Rubéola* Virus respiratorio sincitial Infección meningocócica* Parvovirus B19 | Transmisión por contacto Herpes simple Herpes varicela-zóster* Staphylococcus aureus Streptococcus grupo A Escabiosis Conjuntivitis vírica |

*Vacuna disponible.

Correspondencia: Dra. M. Campins Martí.
 Doctor Roux, 103 ático. 08017 Barcelona. España.
 Correo electrónico: magca@jet.es

Manuscrito recibido el 9/7/2006; aceptado el 10/7/2006.

cunación son la autopercepción de buena salud, el temor a los efectos adversos y las dudas sobre su efectividad^{7,13-19}. Según una reciente encuesta realizada a médicos residentes en Estados Unidos, entre el 11 y el 31% pensaban que la vacuna antigripal podía provocar la gripe o incrementar la susceptibilidad de infección por otros virus respiratorios²⁰. Es evidente que hace falta más formación sobre este tema.

En los últimos años se han utilizado diversas estrategias dirigidas a incrementar las coberturas vacunales en sanitarios. El enfoque debe ser doble:

1. Por una parte, facilitar el acceso a la vacunación de aquellos que habitualmente ya se vacunan. No hay que olvidar que la principal barrera referida por los sanitarios «convencidos» es la falta de tiempo²⁰. Los programas de vacunación activa, con inmunización en el propio lugar de trabajo a través de equipos móviles, es la estrategia más efectiva^{21,22}. En nuestro centro, antes de la implantación de dicha estrategia, las coberturas vacunales eran de sólo un 5%, cifra que se ha ido incrementando progresivamente²¹ hasta más del 40% en la última temporada gripal (datos personales).

2. Por otro lado, deben reforzarse los programas de formación continuada y las intervenciones dirigidas a aquellos sanitarios «no convencidos». La realización de sesiones, talleres y conferencias sobre este tema, dirigidas a los diferentes colectivos profesionales del centro, con participación activa de aquellas personas que por su cargo o rol en la institución pueden ejercer un refuerzo positivo, es la estrategia más utilizada, y con un impacto significativo en el colectivo médico²³.

Desgraciadamente, a pesar de la puesta en marcha de muchas de estas estrategias, de la insistencia en las recomendaciones anuales, y de la publicación constante de trabajos sobre el tema, las coberturas vacunales del personal sanitario siguen siendo inaceptablemente bajas. Por tanto, es evidente que hay que hacer algo más. Un reto importante es conseguir una mayor implicación institucional, no sólo del propio centro, sino de las autoridades sanitarias, sociedades científicas y asociaciones de profesionales. La medida adoptada en Estados Unidos sobre la inclusión de la cobertura vacunal de los trabajadores como un indicador de calidad de un centro sanitario (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)²⁴, o la propuesta del Center for Disease Control and Prevention (CDC) de informar a los usuarios sobre el estado de vacunación de los sanitarios²⁵ pueden contribuir a mejorar la situación. La obligatoriedad de la vacunación para aquellos sanitarios que atienden a pacientes de alto riesgo, medida ya implantada en algunos países, sería, sin duda, la estrategia más efectiva, aunque no aplicable por el momento en España, donde las indicaciones vacunales son recomendaciones sanitarias, no medidas de obligado cumplimiento.

La prevención primaria de la patología laboral se basa especialmente en el conocimiento del riesgo y en una adecuada aplicación de las medidas de prevención. Algunas de ellas son muy eficaces para la protección, tanto de los trabajadores de la salud como de los pacientes. La prevención de la hepatitis B mediante la inmunización es uno de los mejores ejemplos²⁶.

Bibliografía

1. Wright HD, Shone HR, Tucker JR. Cross infection in diphtheria wards. *J Pathol Bacteriol.* 1941;52:111-28.
2. Richardson DL. Aseptic fever nursing. *Am J Nurs.* 1915;15:1082-93.
3. Lane NE, Paul RI, Bratcher DF, Stover BH. A survey of policies at Children's Hospitals regarding immunity of healthcare workers: are physicians protected? *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1997;18:400-4.
4. Adal KA, Flowers R, Anglim AM, Hayden FG, Titus MG, Coyner BJ, et al. Prevention of nosocomial influenza. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1996;17:641-8.
5. Horcajada JP, Pumarola T, Martínez JA, Bayas JM, De la Prada M, García F, et al. A nosocomial outbreak of influenza during a period without influenza epidemic activity. *Eur Respir J.* 2003;21:303-7.
6. Sagrera X, Ginovart G, Raspall F, Rabella N, Sala P, Sierra M, et al. Outbreaks of influenza A virus infection in neonatal intensive care units. *Pediatr Infect Dis J.* 2002;21:196-200.
7. Galicia-García MD, González-Torga A, García-González C, Fuster-Pérez M, Garrigós-Gordo, López-Fresneña N, et al. Vacunación de gripe en trabajadores sanitarios. Por qué se vacunan y por qué no se vacunan. *Enf Infecc Microbiol Clin.* 2006;24:413-7.
8. CDC. Influenza vaccination of health-care personnel. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) and the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR.* 2006;55:1-16.
9. Wilde JA, McMillan JA, Serwint J, Butta J, O'Riordan MA, Steinhoff MC. Effectiveness of influenza vaccine in health care professionals. *JAMA.* 1999;281:908-13.
10. Carman WF, Alexander GE, Wallace LA, McAulay K, Walker A, Murray GD, et al. Effects of influenza vaccination of healthcare workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomized controlled trial. *Lancet.* 2000;355:93-7.
11. Potter J, Stott DJ, Roberts MA, Elder AG, O'Donnell B, Knighth PV, et al. Influenza vaccination of healthcare workers in long term-care hospitals reduces the mortality of elderly patients. *J Infect Dis.* 1997;175:1-6.
12. The Macroepidemiology of Influenza Vaccination (MIV) Study Group. The macroepidemiology of influenza vaccination in 56 countries, 1997-2003. *Vaccine.* 2005;23:5133-43.
13. Steiner MA, Vermeulen LC, Mullahy J, Hayney MS. Factors influencing decisions regarding influenza vaccination and treatment: a survey of health care workers. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2002;23:625-7.
14. Akinosi B, Ramaiah S, Pugh RN. Survey of NHS staff attitudes to influenza immunization. *Commun Dis Public Health.* 2002;5:132-3.
15. Manuel DG, Henry B, Hockin J, Naus M. Health behavior associated with influenza vaccination among health care workers in long-term-care facilities. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2002;23:609-14.
16. Smedley J, Palmer C, Baird J, Barker M. A survey of the delivery and uptake of influenza vaccine among health care workers. *Occup Med.* 2002;52:271-6.
17. Stephenson I, Roper JP, Nicholson KG. Healthcare workers and their attitudes to influenza vaccination. *Commun Dis Public Health.* 2002;5:247-52.
18. Heininger U, Bächler M, Schaad UB. Attitudes of pediatricians regarding influenza self-immunization: a survey in a Swiss university children's hospital. *Pediatr Infect Dis J.* 2003;22:391-4.
19. Villagrana JR, Moratilla L, Sanz C, Morán M, Fernández MJ, Pastor V. ¿Por qué no se vacuna contra la gripe el personal de un hospital? *Medicina Preventiva.* 2003;9:7-12.
20. Wodi AP, Samy S, Ezeanolue E, Lamour R, Patel R, Budnick LD, et al. Influenza vaccine: Immunization rates, knowledge, and attitudes of resident physicians in an urban teaching hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2005;26:867-73.
21. Elorza JM, Campins M, Martínez X, Allepuz A, Ferrer E, Méndez-Aguirre M. Vacuna antigripal y personal sanitario: estrategias para aumentar las coberturas en un hospital de tercer nivel. *Med Clin (Barc).* 2002;119:451-2.
22. Sartor C, Tissot-Dupont H, Zandotti C, Martín F, Roques P, Drancourt M. Use of a mobile cart influenza program for vaccination of hospital employees. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2004;25: 918-22.
23. Tapiainen T, Bär G, Schaad UB, Heininger U. Influenza vaccination among healthcare workers in a University Children's Hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2005;26:855-8.
24. Hoffmann CJ, Perl TM. The next battleground for patient safety: influenza immunization of healthcare workers. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2005;26:850-1.
25. McKibben L, Horan T, Tokars JL, Fowler G, Cardo DM, Pearson ML, et al. Guidance on public reporting of healthcare-associated infections: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2005;26:580-7.
26. CDC. Immunization of health-care workers: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). *MMWR.* 1997;46:1-35.