



DECLARACIÓN INSTITUCIONAL DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD

Política Institucional de la Consejería de Sanidad y el Servicio Murciano de Salud de la Comunidad Autónoma Región de Murcia sobre la Vacunación de Gripe para Profesionales de la Salud

La gripe es un problema de salud pública de enorme magnitud en cuanto a morbilidad, costes económicos, y costes sociales.

Durante el año 2000, la gripe causó un total de 167.048 infecciones, 185 hospitalizaciones y 23 muertes en la Región de Murcia¹⁻³.

Los Profesionales de la Salud tienen un mayor riesgo de infectarse por su exposición a pacientes enfermos de gripe, que se suma a la exposición habitual en la comunidad. Los sanitarios infectados de gripe pueden diseminar el virus mientras atienden a sus pacientes.⁴⁻⁶

Diferentes investigaciones sugieren que los sanitarios pueden ser una fuente clave en brotes institucionales, contribuyendo a aumentar la morbi/mortalidad entre los pacientes vulnerables.⁷

Durante la temporada gripal, los Profesionales de la Salud tienen contacto con pacientes en una gran diversidad de lugares, consultas de pediatría,^{8,9} centros de crónicos,¹⁰ urgencias,¹¹ centros de salud, etc.

La vacunación es la intervención más importante para reducir la transmisión, prevenir la infección gripal y sus consecuencias sanitarias, a pesar de lo cual, las coberturas vacunales en sanitarios permanecen bajas.

En Atención Especializada, sólo un 16% de los Profesionales de la Salud de la Región de Murcia, se vacunaron durante la temporada 2004/05 frente a la gripe, llegando a 26% en la temporada 2006/07.

Las razones por las que los sanitarios se vacunan poco son: escasa percepción del riesgo y complicaciones, sobreestimación de seguridad, dudas sobre la eficacia vacunal, y falsas contraindicaciones y creencias respecto a las vacunas.

Esta vacunación anual se recomienda para todo el personal sanitario por organismos nacionales como la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia y el Ministerio de Sanidad y Consumo, y por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.^{7, 12-16}

La vacuna de la gripe tiene una eficacia demostrada alta (70-90%).

Mejorar la cobertura vacunal es un objetivo prioritario de las administraciones sanitarias, para lo que diseñan estrategias de vacunación antigripal. De esta manera protegeremos a los pacientes, muy especialmente a los de alto riesgo¹⁰. La vacunación proporciona además protección a los sanitarios y minimiza el absentismo laboral de los mismos durante la temporada gripal.¹⁷

TRANSMISIÓN

La gripe es una enfermedad infecciosa respiratoria aguda causada por el virus influenza. Se transmite por contacto directo de una persona a otra, indirecto y por gotas. También puede haber un componente de transmisión aérea. Por lo tanto, el virus tiene una elevada capacidad de diseminación de persona a persona a través de toses, estornudos y contacto con objetos y superficies contaminadas. El virus se puede diseminar rápidamente, especialmente en espacios cerrados como clases, domicilios, oficinas y establecimientos sanitarios.

El periodo de máxima transmisibilidad comprende desde 1 a 2 días previos al comienzo de los síntomas hasta 4-5 días después, pudiendo ser más largo en grupos como inmunodeprimidos o niños entre otros; Sin embargo, sólo alrededor de un 50% de infectados desarrollarán los síntomas clásicos de la gripe, lo que hace difícil la exclusión del trabajo de los sanitarios infectados.^{7,18}

Diferentes investigaciones muestran que los sanitarios son más propensos que los trabajadores de otros sectores a trabajar durante la enfermedad o a volver antes al trabajo, lo que incrementa las posibilidades de transmitir el virus a los pacientes.¹⁹

BROTOS DE GRIPE EN INSTITUCIONES

Los brotes de gripe en instituciones sanitarias pueden tener serias consecuencias para los pacientes y la institución. Estos brotes pueden exponer a los pacientes de riesgo, producir o empeorar una escasez de personal existente previamente, reducir los ingresos programados e incrementar los costes sanitarios.

Un brote en una UCI neonatal de Ontario (Canadá) durante el año 2000 afectó 19 bebés, uno de los cuales murió. Sólo el 15% de la plantilla en dicho centro se había vacunado frente a la gripe. Aunque no se pudo localizar la fuente del brote, se sospecha que la fuente pudo ser un trabajador sanitario puesto que ninguna de las madres de estos bebés estaba infectada.²⁰

Durante el año 2001 se produjo un brote que afectó a 4 pacientes de una unidad de trasplantados de Toulouse. Tres de los cuatro pacientes afectados no tuvieron visitas que explicasen la diseminación del virus desde su ingreso hasta la infección gripal. Se concluyó que los sanitarios fueron la fuente más probable de infección.²¹

Un gran brote a principios de los 90 ocurrió en una residencia de Nueva York. Un 19% de los residentes desarrollaron gripe. Un total de 34 se complicaron con neumonía; 19 fueron hospitalizados y 2 murieron. Sólo el 10% de los trabajadores estaban vacunados.²²

En el Hospital Clínico de Barcelona se produjo durante el año 2001 un brote en un Servicio de Medicina Interna que afectó a 29 sanitarios y 8 pacientes, de los que una paciente con SIDA murió. El caso índice fue una enfermera del Servicio. Entre las medidas que se tomaron para yugular el brote, destaca el envío a casa del personal sanitario afectado durante una semana, el aislamiento respiratorio de los pacientes, suspender los ingresos durante 2 semanas y la administración de Amantadina. Sólo el 7% de los sanitarios de ese Servicio estaban vacunados.⁴

Aunque el caso primario no es siempre fácilmente identificable, los sanitarios pueden provocar con facilidad un brote, puesto que se mueven de uno a otro paciente. Los sanitarios sin vacunar pueden ser el caso primario de gripe en una institución, pudiendo suponer una amenaza para los pacientes de alto riesgo (cuidados intensivos, hematología, hemodiálisis, neumología, urgencias...) y otros trabajadores.

IMPACTO ECONÓMICO DE LOS BROTES

Los brotes de gripe se asocian con importantes costes directos e indirectos.

Un brote acaecido en un servicio de medicina interna de un hospital francés en 1999 afectó al 41% de los pacientes y al 23% de la plantilla, resultó en 14 días de bajas laborales y suspensión de todos los ingresos en dicho servicio, de los que 8 estaban programados. El coste total de este brote se estimó en 34.000 dólares.²³

Se ha documentado resistencia a Amantadina en un brote de una UCI pediátrica, por lo que tuvo que usarse Oseltamivir, una alternativa bastante más cara, para detener el brote.

En una unidad de trasplante de médula ósea, se usó igualmente Oseltamivir como profilaxis durante un brote porque el uso concomitante de Amantadina y terapia inmunosupresora se ha probado que incrementa la incidencia de fallos en el trasplante, lo que puede tener nefastas consecuencias en estos pacientes.²⁴

Garantizar la salud y seguridad de los sanitarios tiene implicaciones adicionales para la seguridad de los pacientes y la contención de los costes sanitarios.

Contratar refuerzos a menudo significa asumir costes adicionales a los del salario.

Diferentes estudios muestran que el uso de refuerzos en lugar de personal de plantilla, incrementa la incidencia de errores médicos. Además cuando los trabajadores de plantilla doblan turnos, la atención decrece después de 12 horas de trabajo.²⁵

PAPEL DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

Las instituciones sanitarias tienen la responsabilidad de maximizar las coberturas vacunales de gripe entre los sanitarios. Cada institución debe desarrollar e implementar programas globales de vacunación de gripe para sus trabajadores.^{11,15}

Por otra parte es responsabilidad del empresario, garantizar la salud y seguridad de sus trabajadores en cumplimiento de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales.

La vacunación constituye una de las medidas de prevención básicas ante la exposición laboral a determinados agentes biológicos, esto queda plasmado en el Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos, que establece en su artículo 8 : “ cuando existan riesgos por exposición a agentes biológicos para los que haya vacunas eficaces, estas deberán ponerse a disposición de los trabajadores, informándoles de las ventajas de la vacunación...”

RECOMENDACIONES

La Consejería de Sanidad y el Servicio Murciano de Salud recomienda medidas para incrementar las coberturas vacunales de gripe en sus trabajadores y mejorar así la seguridad y salud de los pacientes y sanitarios.

El desarrollo del Programa de Vacunación Antigripal que se aplica todos los años, debe desarrollar las siguientes actividades:

- Educar a los sanitarios sobre la importancia de la vacunación antigripal en los centros sanitarios y el bajo riesgo de efectos adversos asociados con la vacunación.²⁶
- Aumentar la demanda de vacuna entre los trabajadores sanitarios y ser rigurosos con los registros vacunales.
- Reducir barreras para la vacunación de sanitarios mediante el desarrollo de programas que aumenten el acceso a la vacuna.²⁷
- Asegurar suministro adecuado de vacunas a todos los centros.
- Facilitar el proceso de vacunación, por ejemplo, a través del uso de directrices del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, para la vacunación de trabajadores sanitarios.
- Monitorizar coberturas vacunales de forma anual en los sanitarios y proporcionar retroalimentación a través de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y Servicios de Medicina Preventiva.
- Monitorizar tasas de infección de gripe en trabajadores sanitarios y comparar estas cifras con las coberturas de vacunación de este grupo. Esta información puede estimular a los sanitarios a vacunarse.
- Programar planificación anual, ejecución del programa y evaluación de la Campaña anual para determinar la respuesta y si se han conseguido cambios de actitud hacia la vacuna .
- Estar conectados con los sistemas de vigilancia microbiológica y epidemiológica regional y nacional.

Bibliografía

1. Servicio de Epidemiología. Situación Regional de la Enfermedades de Declaración Obligatoria. Bol Epidemiol Murcia 2001; 1-8.
2. Registro Regional del CMBD, Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria, Consejería de Sanidad, Región de Murcia.
3. Ll. Cirera, O. Cruz, C. Navarro. Estadísticas Básicas de Mortalidad en la Región de Murcia en 2000. Murcia: Consejerías de Sanidad y Consumo y Economía y Hacienda, 2002. Disponible en: <<http://www.carm.es/csan>>
4. Horcajada JP, Pumarola T, Martínez JA, et al. A nosocomial outbreak of influenza during a period without influenza epidemic activity. *Eur Respir J* 2003;21(2):303-7.
5. Salgado CD, Farr BM, Hall KK, Hayden FG. Influenza in the acute hospital setting. *Lancet* 2002;2(3):145-55.
6. Harrison J, Abbott P. Vaccination against influenza: UK health care workers not on-message. *Occup Med* 2002;52(5):277-9.
7. CDC. Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practice (ACIP). *MMWR Morbid Mortal Wkly Rep* 2003;52(RR-8):1-36.
8. Slinger R, Dennis P. Nosocomial influenza at a Canadian pediatric hospital from 1995 to 1999: opportunities for prevention. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2002;23(10):627-9.
9. Goldman DA. Epidemiology and prevention of pediatric viral respiratory infections in health-care institutions. *Emerg Infect Dis*. [serial online] 2001 Mar Apr [cited 2004 Feb 25];7(2):249-53. Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol7no2/goldmann.htm> .
10. Carman WF, Elder AG, Wallace LA, et al. Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomized controlled trial. *Lancet* 2000; 355(9198):93-7.
11. Silka PA, Geiderman JM, Goldberg JB, Kim LP. Demand on ED resources during periods of widespread influenza activity. *Am J Emerg Med* 2003;21(7):534-9.
12. Consejería de Sanidad, Región de Murcia. Calendario de Vacunación recomendado para Adultos. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=594&idsec=85>
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Vacunación en adultos. Recomendaciones año 2004. Disponible en: <http://www.msc.es/enfermedades/Lesiones/enfTrasmisi/enfVacunables/pdf/recoVacunasAdultos.pdf>
14. World Health Organization. Influenza vaccines. *WER* 2000; 75: 281–288.
15. 1998 APIC Guidelines Committee. APIC position paper: immunization. *Am J Infect Control* 1999;27:52-3.
16. Bolyard EA, Tablan OC, Williams WW, et al., The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for infection control in health care personnel, 1998. *Am J Infect Control* 1998;26:289-354.
17. Saxen H, Virtanen M. Randomized, placebo-controlled double blind study on the efficacy of influenza immunization on absenteeism of health care workers. *Pediatr Infect Dis J* 1999;18(9):779-83.
18. CDC. *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases, 7th edition*. January 2002.
19. Weingarten S, Riedinger M, Bolton LB, et al. Barriers to influenza vaccination acceptance. A survey of physicians and nurses. *Am J Infect Control* 1989;17:202-7.
20. Cunney RJ, Bialachowski A, Thornley D, et al. An outbreak of influenza A in a neonatal intensive care unit. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2000;21(7):449-51.
21. Malavaud S, Malavaud B, Sanders K, et al. Nosocomial outbreak of influenza virus A (H3N2) infection in a solid organ transplant department. *Transplantation* 2001;72(3):535-7.
22. CDC. Outbreak of influenza A in a nursing home—New York, Dec. 1991-Jan. 1992. *MMWR* 1992;Feb 4(18):129-31.
23. Sartor C, Zandotti C, Romain F, et al. Disruption of services in an internal medicine unit due to a nosocomial influenza outbreak. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2002;23(10):615-9.
24. Munoz FM, Campbell JR, Atmar RL, et al. Influenza A virus outbreak in a neonatal intensive care unit. *Pediatr Infect Dis J* 1999;18(9):811-5.
25. Lundstrom T, Pugliese G, Bartley J, Cox J, Guither C. Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *Am J Infect Control* 2002;30:93-106.
26. Martinello RA, Jones L, Topal JE. Correlation between healthcare workers' knowledge of influenza vaccine and vaccine receipt. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2003;24(11):845-7.
27. Adal KA, Flowers RH, Anglim AM, et al. Prevention of nosocomial influenza. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996;17(10):641-8.