Vacunación contra la gripe en profesionales de la salud en contacto con personas de edad avanzada

Roger E Thomas, Tom Jefferson, Toby J Lasserson

Influenza vaccination for healthcare workers who work with the elderly

Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 2. Art. No.: CD005187.
DOI: 10.1002/14651858.CD005187.pub3.

No existen datos sobre la incidencia de gripe en profesionales de la salud, aunque se asume que puede ser similar a la de la población general. Estos trabajadores suelen continuar trabajando cuando presentan la enfermedad, clínica o subclínica, aumentando la probabilidad de transmitir la gripe a sus pacientes.

Las personas mayores (60 años o más) ingresadas o que viven en instituciones, como las unidades de larga estancia de hospitales y las residencias de ancianos, tienen un riesgo aumentado de padecer la gripe y sus complicaciones, sobre todo las que presentan pluripatologías. Dado que el sistema inmunitario de las personas mayores es menos sensible a la vacunación, se recomienda la vacunación de los trabajadores que los atienden para prevenir el contagio de la gripe. Sin embargo, en 1999 sólo se vacunó el 36% de los profesionales sanitarios en USA y el 35% en Canadá, con tasas de vacunación inferiores en enfermeras y médicos, frente a otros sanitarios. Esto, en parte, puede ser un reflejo de las dudas que suscita la eficacia de la vacuna.

Existe una revisión Cochrane cuyo objetivo es el de identificar estudios sobre los efectos de la vacunación antigripal de los profesionales de la salud en la incidencia de la gripe, de enfermedades respiratorias relacionadas y sus complicaciones en personas de edad avanzada residentes en centros de atención de larga estancia. Se comenta aquí la actualización de 2010 de dicha revisión, inicialmente publicada en 2006[1].

Se realizaron búsquedas bibliográficas en CENTRAL (The Cochrane Library 2009, número 3), que contiene el registro especializado del Cochrane Acute Respiratory Infections Group y the Database of Abstracts of Reviews of Effect (DARE), en MEDLINE (desde 1966 a 2009), en EMBASE (desde 1974 a 2009) y en Biological Abstracts y Science Citation Index-Expanded. Adicionalmente, se revisaron las listas de referencias de los ensayos identificados. Dos revisores seleccionaron los estudios, extrajeron de forma independiente los datos y evaluaron el riesgo de sesgo en los estudios. Las discrepancias fueron resueltas por un tercer revisor y, cuando se consideró necesario, se contactó con los autores para ampliar la información.

Los criterios de inclusión fueron ensayos controlados aleatorizados (ECA)[2] y no aleatorizados donde los participantes (enfermeras, médicos, estudiantes de medicina y enfermería, otros profesionales sanitarios, personal de lim-

Resumen elaborado por:
María del Mar Seguí (mm.segui@ua.es)

Sección coordinada por:
Consol Serra (consol.serra@upf.edu) y
Elena Ronda (elena.ronda@ua.es)

1. Thomas RE, Jefferson T, Demicheli V, Rivetti D. Influenza vaccination for healthcare workers who work with the elderly. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. [DOI: 10.1002/14651858.CD005187.pub2]
2. Ensayo controlado aleatorizado: Estudio en el que las personas son asignadas a dos grupos, uno (grupo experimental) recibe la intervención que se está probando y el otro (grupo de comparación o control) recibe una alternativa o no se le realiza ninguna intervención. Los dos grupos son seguidos a lo largo del tiempo para observar las diferencias en los resultados. La asignación aleatoria asegura que las diferencias existentes entre los participantes puedan quedar igualmente distribuidas en los dos grupos. Cuando no es posible la asignación aleatoria, hablamos de estudios controlados no aleatorizados.

pieza, conserjes y voluntarios que tienen contacto regular con las personas mayores) reciben cualquier vacuna antigripal administrada sola o junto a otras vacunas, en cualquier dosis, preparación, o programación, en comparación con la administración de una vacuna antigripal placebo o ninguna vacuna antigripal.

Se incluyeron cuatro ECA comunitarios[3] (n=7.558) y un estudio de cohortes (n=12.742). Las variables de resultado específicas fueron los casos de gripe o de procesos similares a la gripe (bien definidas a partir de una lista de signos y síntomas respiratorios y sistémicos que se presentan en temporada invernal), identificados en personas de 60 años o más, mediante: casos confirmados con pruebas de laboratorio –aislamiento viral y/o pruebas serológicas–, casos ingresados en el hospital y muertes causadas por la gripe o sus complicaciones. Se excluyeron los estudios que informaban sólo de resultados serológicos y que no aportaban datos sobre sintomatología. No se consideraron en la revisión los resultados de gripe y procesos similares referidos a los trabajadores sanitarios.

Los resultados de los ECA comunitarios se pudieron sintetizar mediante meta-análisis[4], mostrando que la vacunación de los trabajadores sanitarios no tenía efecto sobre la gripe diagnosticada por laboratorio (odds ratio, OR=0,87, IC95%: 0,38-1,99), la neumonía (OR=0,71, IC95%: 0,29-1,71) y las muertes por neumonía (OR=0,87, IC95%: 0,47-1,64) de las personas mayores de 60 años residentes en los centros de larga estancia; tampoco en los ingresos hospitalarios (OR=0,90, IC95%: 0,66-1,21). Sin embargo, los resultados señalaron que con la vacunación se reducía la incidencia de las enfermedades similares a la gripe (riesgo relativo, RR=0,71, IC95%: 0,58-0,88), un ensayo indicó además menor número de consultas por este motivo (OR=0,48, IC95%: 0,33-0,69), y que disminuía la mortalidad de los residentes por cualquier causa (OR=0,68, IC95%: 0,55-0,84). Los resultados relativos a las enfermedades similares a la gripe son difíciles de interpretar debido a que incluyen muchos patógenos, y la gripe de invierno contribuye a menos del 10% de todas las causas de mortalidad en las personas de 60 o más años.

El riesgo de sesgos en los estudios fue alto, debido a la asignación inadecuada de los participantes, la falta de enmascaramiento y la existencia de datos incompletos sobre los resultados de interés, entre otros. Por ejemplo, no se tuvo en cuenta si los trabajadores sanitarios no vacunados presentaron sintomatología gripal a lo largo del estudio. En futuras investigaciones se deberían definir y medir cuidadosamente los resultados, se debería consensuar una prueba diagnóstica que pueda aplicarse a todos los participantes de los ensayos, en la que se incluya la medida de los síntomas de la gripe y de los demás virus relacionados, la realización de cultivos de sangre, recuento de leucocitos, otras pruebas de laboratorio y radiografías de tórax si hay sospecha de neumonía, y que permita realizar el seguimiento de los pacientes hospitalizados mediante la consulta de los registros individuales para poder evaluar definitivamente todas las medidas de resultado y las comorbilidades.

No obstante, dada la baja calidad de los estudios identificados, los resultados de esta revisión no son concluyentes y, por tanto, se debe seguir recomendando la vacuna antigripal como una de las mejores estrategias para proteger la salud de los profesionales sanitarios y de las personas de avanzada edad a las que atienden.

Las encuestas muestran que parte de los trabajadores sanitarios no se vacunan porque no perciben el riesgo, dudan sobre la eficacia de la vacuna y les preocupa sus efectos secundarios. En la revisión no se encontró información sobre otras intervenciones combinadas con la vacunación en profesionales sanitarios, como lavado de manos, mascarillas, detección precoz de gripe mediante pruebas de laboratorio, aislamiento de los casos de gripe, restricción de visitantes, administración de anti-virales, y pedir a los profesionales sanitarios que no trabajen con gripe, necesitándose por tanto ensayos controlados aleatorios de alta calidad que evalúen los efectos de estas intervenciones combinadas.

3. Ensayo controlado aleatorizado comunitario: Se asignan aleatoriamente los participantes a las intervenciones en forma de grupos compactos. Estos grupos (o conjuntos de participantes) representan a menudo conjuntos de tipo administrativo o sanitario y su tamaño puede ser el de familias, hospitales o grupos comunitarios enteros. Las observaciones que se realizan en los diferentes individuos de cada grupo suelen estar correlacionadas, lo que tiene importantes implicaciones respecto al diseño del estudio, su elaboración y el análisis de sus resultados.
4. Técnicas de meta-análisis: Métodos estadísticos que permiten combinar los resultados individuales de cada estudio para obtener un estimador combinado del efecto.