

EDITORIAL

Campaña de vacunación contra la influenza

INFLUENZA IMMUNIZATION CAMPAIGN

Tradicionalmente en esta época se lleva a cabo en Chile la vacunación contra la influenza. Desde el año 1997 el Ministerio de Salud de Chile ha hecho un gran esfuerzo en aumentar las coberturas de vacunación mediante la adquisición de casi 1.600.000 dosis de vacunas y en estos dos últimos años el esfuerzo ha estado orientado hacia que este gran beneficio sea otorgado a los verdaderos grupos de riesgo.

¿A quienes está indicada realmente la vacunación?: a todas las personas de 65 años y más, independientemente de su condición previsional; lactantes mayores de 6 meses de edad hasta adolescentes de 18 años que se encuentren en tratamiento prolongado con ácido acetil salicílico y que después de un cuadro de influenza puedan desarrollar el síndrome de Reye; personas mayores de 6 meses de edad que padezcan de patologías crónicas ya sea pulmonares tales como enfisema, bronquitis crónica o asma; cardíacas tales como insuficiencia cardíaca, antecedentes de infarto agudo del miocardio; enfermedades metabólicas tales como la diabetes; disfunción renal tal como pacientes renales crónicos, en hemodiálisis; pacientes con hemoglobinopatías tal como enfermedad de células falciformes; inmunosuprimidos; pacientes que se encuentran en tratamiento con fármacos antineoplásicos o inmunosupresores. Todas estas últimas condiciones recibirán el beneficio en forma gratuita cuando se encuentran bajo control en consultorios, policlínicas de especialidades y en hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Otros grupo vulnerables a la epidemia de la influenza son las embarazadas que a marzo tengan 14 semanas de embarazo y más, y el personal de salud.

Las razones de indicaciones de la vacuna para cada uno de estos grupos difieren. En algunos de ellos está comprobado la reducción de la letalidad y la reducción de las tasas de hospitalización por complicaciones de la enfermedad, en otros, la razón obedece a que son los grupos que transmiten la influenza a los de alto riesgo: niños y personal de salud.

La eficacia de la vacuna es altamente discutida y los resultados difieren dependiendo del diseño de los estudios: retrospectivos o estudios clínicos controlados reandomizados, del valor predictivo del diagnóstico clínico o del método de confirmación serológico utilizado, así como de la estrecha similitud entre las cepas circulantes responsables del brote epidémico y las contenidas en la vacuna. Como quiera que sea, la indicación de la vacuna con énfasis en los mayores de edad y en los que padecen de patologías crónicas, radica en una reducción sustancial del riesgo de hacer la enfermedad, en el grupo de sujetos donde se concentra el 95% de las muertes relacionadas o debidas a influenza. Este es un incentivo indiscutible de indicación de la vacuna en ellos en forma oportuna. La oportunidad se refiere al momento en que se efectúa la campaña, tratando de alcanzar una alta cobertura

en todos los grupos de riesgo. En nuestro medio la campaña se lleva a cabo en el mes de marzo y los primeros días de abril, antecediendo al brote en al menos un mes. Las altas coberturas alcanzadas se relacionan estrechamente con la eficacia de la medida de prevención, es así como está estudiado que para mejorar la efectividad por sobre un 60% se deben alcanzar coberturas de vacunación por sobre el 70% en los grupos de riesgo.

La composición de la vacuna para este otoño 2001 en Chile corresponde a la formulación recomendada por la OMS y es la siguiente:

Cepa análoga A/ Moscow/10/99 (H3N2)

Cepa análoga A/Nueva Caledonia/20/99 (H1N1)

Cepa análoga B/Sichuan/379/99.

En un artículo que se publica en esta edición "Prescripción de la vacuna antiinfluenza por médicos institucionales y estudiantes de especialidades médicas de un hospital docente", se muestran los resultados de prescripción de la vacuna antiinfluenza, por parte de los médicos en un hospital de alta complejidad y universitario en el año 1999. Aunque la muestra encuestada es pequeña, preocupa que la prescripción no superó el 40%. Está comprobado que las intervenciones para mejorar la adherencia en el uso de la vacuna dependen del paciente, del proveedor de las prestaciones en salud y del médico. Respecto del segundo actor éste ha cumplido su rol financiando la adquisición de vacunas y cubriendo a todos los mayores de 65 años independientemente de su condición previsional y en forma oportuna. Sin embargo, sería interesante conocer en profundidad las razones médicas de falta de participación en este tipo de campañas. Sin un buen diagnóstico sería difícil implementar estrategias para mejorar esta área.

Aunque la vacunación constituye el eje de la prevención y la medida de salud pública de mayor costo-efectividad, es importante conocer los avances en materia de profilaxis entre los que se encuentran los inhibidores de la neuraminidasa: zanamivir y oseltamivir, los que han demostrado su eficacia en profilaxis y en tratamiento precoz administradas dentro de las primeras 48 horas de evolución del cuadro clínico. Otra área de interés de estos derivados demostrado "*in vitro*", es su acción contra cepas aviarias H5N1 y H9N2 del tipo pandémico, las que no estarían cubiertas por las vacunas tradicionalmente producidas.

El avance tecnológico del desarrollo de nuevas vacunas va por la vía de la atenuación de ellas, adaptadas al frío o no, administradas por vía intranasal en forma de aerosol a los lactantes. Los virus de estas vacunas se replican en el tracto superior y despiertan una respuesta inmune protectora amplia de mucosas y sistémica.

Por último esperamos que la disponibilidad de vacunas en forma gratuita otorgada por el Ministerio de Salud tenga un éxito en la cobertura de los grupos objetivos disminuyendo así la carga asistencial y evitando muertes prevenibles.

M. Teresa Valenzuela B
Coordinadora
Comité Consultivo de Inmunizaciones (CCI)