

Análisis de las Campañas de Vacunación Antigripal destinadas al personal de salud del HIBA. Período 2016-2018

Gabriela Acosta, Rocío Nahir Barrios, Nahuel Braguinsky, Ana Laura Delgado, Analía Ferloni, Geraldina Fernández Tuñón, Silvana Berta Figar, Ana María Gómez Saldaño, Andrés Martín Pereira, Estela Luz Salazar Schicchi, María Inés Staneloni y Gustavo Gabriel Vidal

RESUMEN

Introducción: la vacunación antigripal es la forma más eficaz para prevenir la enfermedad por virus Influenza y sus complicaciones. La cobertura en los profesionales sanitarios es un indicador de calidad hospitalaria. **Material y métodos:** estudio descriptivo de corte transversal. A partir de registros vacunales, se calculó la cobertura para las campañas 2013 a 2018. Se compararon las coberturas por trienios. Se describieron características generales de las campañas de 2016 a 2018. **Resultados:** en 2016 se alcanzó la mayor tasa del período (59,79%, IC 95%:58,75-60,81); en 2017, la menor (34,46%, IC 95%:33,48-35,46). La campaña 2018 obtuvo una cobertura de 54,90% (IC 95%: 53,88-55,92) y se inició más tempranamente que otras. Al comparar las tasas trienales del período se observó una diferencia de proporción de -1,3% (IC 95%: -2,84-0,24). Durante los tres últimos años, el personal vacunado correspondió mayormente al sexo femenino, a la Sede Central y tenía relación contractual directa. Las mayores coberturas específicas correspondieron a la sede de San Justo y a los profesionales de enfermería. El puesto ambulante fue el que aplicó más vacunas. **Conclusión:** si bien hubo variaciones en las coberturas alcanzadas a lo largo de los años, siendo la del año 2016 la más elevada y la del año 2017 la más baja, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las coberturas alcanzadas al comparar trienios. Resulta necesario continuar realizando intervenciones adaptadas al contexto local que permitan alcanzar los objetivos de cobertura esperados. **Discusión:** se reconocieron varios obstáculos para alcanzar las coberturas esperadas. La educación al personal de salud, la evaluación sistematizada de los ESAVI (Eventos supuestamente atribuibles a vacunación e inmunización) y la descripción de los elementos que facilitaron las coberturas específicas elevadas de algunas subpoblaciones podrían contribuir para mejorar los resultados.

Palabras clave: cobertura vacunal, vacuna antigripal, personal de salud, indicadores de calidad.

ANALYSIS OF THE INFLUENZA VACCINATION CAMPAIGNS IN HEALTHCARE PERSONNEL IN HIBA. PERIOD 2016-2018

ABSTRACT

Introduction: influenza vaccination is the most effective way to prevent influenza virus disease and its complications. Coverage in health professionals measurement is an indicator of hospital quality. **Material and methods:** descriptive cross-sectional study. From vaccination records, the coverage was calculated for the 2013 to 2018 campaigns. The coverage for three years was compared. General characteristics of the campaigns from 2016 to 2018 were described. **Results:** in 2016, the highest was achieved during the period (59.79%, IC 95%: 58.75 -60.81). In 2017, the lowest (34.46%, IC 95%: 33.48-35.46). The 2018 campaign achieved a coverage of 54.90% (IC 95%: 53.88-55.92) and started earlier than others. When comparing the triennial rates of the period, a difference of proportion of -1.3% was observed (IC 95%: -2.84-0.24). During the last three years, the vaccinated staff corresponded mostly to the female sex, to the headquarters and had a direct contractual relationship. The largest specific coverage corresponded to the San Justo headquarters and to nursing professionals. The ambulatory position was the post that applied the most vaccines. **Conclusion:** although there were variations in the coverage achieved over the years, with 2016 being the highest and 2017 being the lowest, there were no statistically significant differences in the coverage achieved when comparing trienniums. It is necessary to continue carrying out interventions adapted to the local context to achieve the expected coverage objectives. **Discussion:** several obstacles were recognized to reach the expected coverage. The education of health personnel, the systematic evaluation of the ESAVIs and the description of the elements that facilitated the high specific coverage of some subpopulations could contribute to improve the results.

Key words: vaccination coverage, influenza vaccination, health personnel, quality indicators.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2019; 39(2): 43-50.

INTRODUCCIÓN

La vacunación antigripal es la forma más eficaz para prevenir la enfermedad por el virus Influenza y sus complicaciones¹. Dado que la eficacia de la vacuna antigripal disminuye en ancianos y en personas inmunodeprimidas, vacunar al profesional sanitario representa un modo de proteger indirectamente a estos grupos de población². En la misma línea, algunos estudios señalan que los médicos que están vacunados contra el virus Influenza son más propensos a recomendar la vacuna a sus pacientes³, y otros, que reduce el ausentismo laboral⁴. De esta forma, numerosos organismos internacionales de salud recomiendan la vacunación del personal sanitario. Esta indicación incluye al personal médico, de enfermería, otros trabajadores y estudiantes que desempeñen sus tareas en entornos con pacientes⁵.

En la Argentina, la vacuna antigripal se encuentra incluida desde el año 2011 en el Calendario Nacional de Vacunación mediante la Resolución Ministerial 35/2011. Actualmente está indicada para: personal de salud, embarazadas, púerperas, niños de 6 a 24 meses de edad y personas de 65 años o mayores. También se indica entre los 2 años y hasta los 64 años a las personas pertenecientes a grupos de riesgo. El objetivo es lograr coberturas mayores del 95% en cada uno de esos grupos⁶. Esto refleja que la cobertura de vacunación constituye un elemento primordial para medir el éxito de un programa de inmunización. Conocer este dato, así como los motivos que dificultan el acceso a la vacunación, es importante para medir el impacto de dicha intervención y elaborar estrategias para alcanzar a la población-objetivo⁷.

El Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) es una asociación civil sin fines de lucro que posee una red asistencial con cobertura en CABA (Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y Gran Buenos Aires. Esta red se compone de una Sede Central de alta complejidad de mayor tamaño en CABA, de otra de menor tamaño en la localidad de San Justo, en la Provincia de Buenos Aires, y de 18 Centros Médicos Periféricos. Además de la asistencia en salud, incluye un Instituto Universitario que dicta formación en salud de grado y posgrado.

El HIBA se encuentra acreditado por la Joint Commission International (JCI) desde octubre de 2015. La JCI es una organización sin fines de lucro que acredita a más de veinte mil organizaciones de atención sanitaria y programas en el mundo con foco en la calidad, seguridad y eficiencia⁸. Entre las normas de calidad de atención hospitalaria se establece la necesidad de desarrollar estrategias para minimizar la exposición de los pacientes a infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Para lograr esto, es necesario implementar un programa de vacunación e inmunización del personal sanitario⁹.

Siguiendo estos lineamientos, la campaña de vacunación antigripal al personal institucional se comenzó a llevar a

cabo de manera sistemática desde el año 2009. Las coberturas obtenidas en el personal institucional y las medidas implementadas para incrementarlas se consideran indicadores de calidad hospitalaria vinculados a la seguridad de los pacientes¹⁰. Por lo tanto, resulta necesaria su medición y el informe a fin de fundamentar intervenciones que favorezcan el alcance de objetivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio

Estudio descriptivo de corte transversal.

Objetivos

1. Comparar la cobertura global de vacunación antigripal obtenida a partir de las campañas de vacunación antigripal destinadas al personal institucional de los años 2013 a 2018.
2. Describir la distribución de personas vacunadas según tiempo en las campañas de vacunación al personal institucional de los años 2016 a 2018.
3. Describir las características del personal institucional vacunado en las campañas de vacunación de los años 2016 a 2018.
4. Describir la cobertura específica por sede institucional y la cobertura específica por profesión de las campañas de vacunación al personal institucional de los años 2016 a 2018.
5. Describir la distribución de personas vacunadas por puesto de vacunación en las campañas de vacunación al personal institucional de los años 2016 a 2018.

Breve descripción del proceso de planificación e intervenciones implementadas

Antes del desarrollo de la campaña de vacunación se realizan reuniones de planificación cuyo objetivo es generar intervenciones y acuerdos entre referentes de distintos servicios del hospital. Los encuentros para la planificación de la campaña del año 2018 se iniciaron a fines del año 2017, contando con la participación de los Departamentos de Enfermería, Farmacia, Informática en Salud, Compras, Servicios Generales, Medicina del Trabajo, Comunicación Institucional, el Área de Epidemiología, la Sección de Infectología y el Comité de Infecciones Hospitalarias. Como resultado de esos encuentros se reconocen las necesidades de: garantizar la disponibilidad suficiente, oportuna y sostenida de vacunas; realizar un registro vacunal de calidad; realizar una delimitación de la población-objetivo y priorización del personal de riesgo; implementar actividades de capacitación; realizar una adecuada difusión institucional de la campaña y facilitar el acceso de los puestos de vacunación ambulantes a los sitios de trabajo.

En relación con el primer punto, se reconoció que, en el año 2017, la distribución de las vacunas por parte de los organismos públicos de salud había resultado tardía e in-

termitente dando lugar a discontinuidades en la provisión durante el desarrollo de la campaña. A partir de esto, en febrero de 2018, se utilizaron dos fuentes de suministros de vacunas: una partida de mayor magnitud resultante de la distribución anual por parte de los organismos públicos de salud y una partida de menor magnitud resultante de una compra anticipada por parte de la Institución. De esta forma se buscó garantizar una partida suficiente de vacunas para dar respuesta, tanto al momento del inicio como al posterior desarrollo de la campaña, en forma oportuna. Se utilizaron dos puestos de vacunación en la Sede Central del hospital, uno de ellos fijo en el Departamento de Medicina del Trabajo, y un puesto ambulante para recorrer distintos sectores de la Institución. También se establecieron puestos de vacunación fijos en la sede hospitalaria de San Justo y en los Centros Médicos Periféricos. En cada puesto, el personal encargado de realizar la inmunización siguió los lineamientos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles⁷. Se registraron los datos del personal vacunado, en primera instancia en planillas de papel, para luego informatizarlos a fin de realizar informes semanales sobre la campaña, calcular las tasas de cobertura y cargar el antecedente de vacunación en la Historia Clínica Electrónica (HCE) del personal vacunado. Como parte de la estrategia de comunicación de la campaña se diseñaron materiales de difusión para la red informática interna de la Institución (Intranet) y el canal de televisión del hospital. En ellos se incluyó información acerca de la inmunización contra la gripe como acto de autocuidado y de responsabilidad frente a la comunidad, medidas para evitar la transmisión, la ubicación y horarios de los puestos de vacunación e información para contrarrestar creencias negativas y falsas contraindicaciones con respecto a la vacunación antigripal. Se realizaron actividades de capacitación dirigidas a los profesionales encargados de acompañar los distintos puestos de vacunación.

La campaña comenzó con la vacunación del personal perteneciente a grupos de riesgo de tener complicaciones secundarias a la infección por gripe (embarazadas, adultos/as mayores y comorbilidades o padecimientos de base) convocándolos a los puestos fijos de vacunación de las distintas sedes. Con el recorrido del puesto ambulante se intentó abarcar en el menor tiempo al resto del personal distribuido en los distintos sectores del hospital, incluyendo las salas de emergencias, internación general, unidades de internación cerradas y sectores que tenían contacto habitual con pacientes pertenecientes a grupos de alto riesgo (nefrología, oncología, neumonología, etc.). Se siguió un itinerario semanal con franjas horarias matutinas y vespertinas elaborado junto a referentes de los distintos sectores, utilizando el momento de finalización de los ateneos internos para el abordaje de los servicios con

mayor magnitud de profesionales médicos, como Clínica Médica, Cirugía y Ortopedia. Su población-objetivo fue el personal con contratación directa en la Institución y las personas sin vinculación laboral directa que se encontraran desempeñando sus tareas en los sectores mencionados (personal tercerizado, docentes y estudiantes realizando estancias formativas, entre otros).

Cálculo de las coberturas de vacunación globales

Para los años 2013, 2014 y 2015 se utilizaron las coberturas calculadas a manera de indicador en las respectivas campañas de vacunación. Las coberturas de 2016, 2017 y 2018 se calcularon particularmente para este análisis. Se tomó como población de referencia al personal que desempeñó tareas laborales con vinculación directa con la Institución en el periodo 2016-2018. Se construyó el numerador a partir de los registros vacunales de dichas campañas excluyendo al personal que no tuviera vinculación laboral directa con la Institución (tercerizado), docentes y alumnos/as, personas que estuvieran realizando rotaciones o pasantías formativas y que realizaran actividades regulares de voluntariado en la Institución. Como denominador se utilizó la dotación total de personas con contratación laboral directa. La coberturas se presentaron como porcentaje (%) de cobertura junto a sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Para su comparación se construyeron tasas trienales para la cobertura de vacunación; se utilizó como numerador el promedio de vacunados en 2013-2015 y 2016-2018, y como denominador la dotación de personal a mitad de cada periodo; se calculó la diferencia de proporciones e IC 95%.

Descripción de la distribución de personas vacunadas según tiempo

Se utilizaron como fuente los registros vacunales de las campañas 2016, 2017 y 2018. Se excluyeron docentes y alumnos/as, personas que estuvieran realizando rotaciones o pasantías formativas y que realizaran actividades regulares de voluntariado en la Institución. Se describió el número absoluto de personas vacunadas por semana epidemiológica (SE) de cada una de las campañas.

Descripción de las características del personal vacunado

Se utilizaron como fuente los registros vacunales de las campañas 2016, 2017 y 2018. Se excluyeron docentes y alumnos/as, personas que estuvieran realizando rotaciones o pasantías formativas y que realizaran actividades regulares de voluntariado en la institución. Se presentan mediana y rango intercuartílico (RIC) para las variables continuas; frecuencias absolutas (n) y porcentajes (%) para las variables categóricas.

Descripción de la cobertura específica por sede institucional y profesión

Se construyó el numerador a partir de los registros vacunales de las campañas 2016, 2017 y 2018. Se excluyó al personal tercerizado, docentes y alumnos/as, personas que estuvieran realizando rotaciones o pasantías formativas y que realizaran actividades regulares de voluntariado en la Institución. Como denominador se utilizó la dotación total de las personas de cada sede que corresponde al personal con vinculación laboral directa con la institución. Las personas que desempeñan sus tareas en los Centros Médicos Periféricos fueron incluidas dentro del cálculo para la Sede Central. En el caso de la cobertura específica por profesión, se utilizaron las categorías de profesión en las que se pudo acceder a denominadores más consistentes. Se presentaron frecuencias absolutas (n) y coberturas por sede y profesión como porcentaje (%).

Descripción de la distribución de personas vacunadas por puesto de vacunación

Se utilizaron como fuente los registros vacunales de campañas 2016, 2017 y 2018 de estas personas. Se excluyó al personal tercerizado, docentes y alumnos/as, personas que estuvieran realizando rotaciones o pasantías formativas y que realizaran actividades regulares de voluntariado en la Institución. Se describió el número absoluto (n) y el porcentaje por puesto de vacunación en cada una de las campañas.

Herramientas usadas en el análisis

Se utilizó Microsoft Excel® para realizar cálculos en los registros de cada uno de los años y Microsoft Access® para realizar comparaciones entre los registros de los distintos años. Para el análisis estadístico se utilizó R 3.5.1¹¹.

RESULTADOS

Comparación de las tasas de cobertura antigripal de las campañas 2013-2018

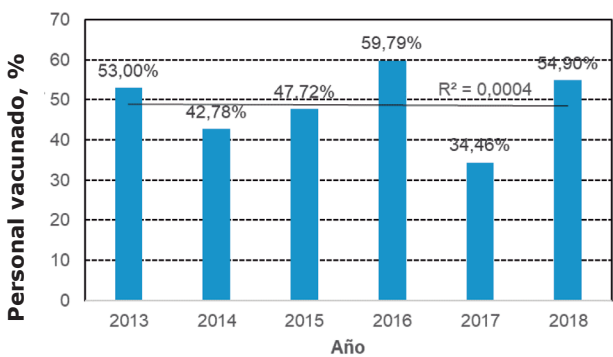
En la figura 1 se presentan los porcentajes de cobertura global de vacunación antigripal en el personal de todas las sedes del HIBA durante los años 2013 a 2018.

Durante los años 2013, 2014 y 2015 se vacunaron 4379, 3243 y 3963 personas en la Institución. Durante los años 2016, 2017 y 2018 se vacunaron 5233, 3102 y 5070 trabajadores de la Institución.

Las coberturas globales de vacunación antigripal de los últimos 3 años son de 59,79% (IC 95%:58,75%-60,81%), 34,46% (IC 95%:33,48%-35,46%) y 54,90% (IC 95%:53,88%-55,92%), respectivamente. Al comparar la tasa trienal para el período 2013-2015 (50,95%) con el período 2016-2018 (49,64%) no se observaron diferencias estadísticamente significativas (diferencia de proporción = -1,3%, IC 95% (-2,84, 0,24), $\chi^2 = 2,742$, p-valor = 0,098).

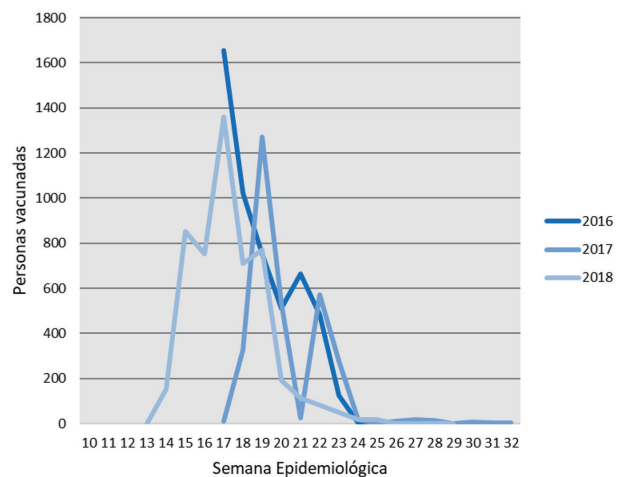
Descripción de la distribución de personas vacunadas según tiempo en las campañas de vacunación al personal institucional de los años 2016 a 2018

La figura 2 muestra el número de personas vacunadas por SE (semana epidemiológica) en las campañas de los años 2016-2018. Se observa que, en el año 2016, la campaña se inició en la SE 17 con un elevado número de personas vacunadas desde las primeras semanas de la campaña. En el año 2017, si bien la campaña comenzó en la misma SE que el año anterior, se observa un ascenso gradual con un descenso posterior marcado en la SE 21, a partir del cual asciende nuevamente y alcanza una menor magnitud dando



— Tendencia lineal
Fuente de datos: Elaboración propia sobre la base de datos del HIBA.

Figura 1. Porcentaje de cobertura global de las campañas de vacunación antigripal destinadas al personal institucional por año. HIBA. Años 2013-2018.



Fuente de datos: Elaboración propia basada en datos del HIBA.

Figura 2. Personas vacunadas en las campañas por SE por año. HIBA. Años 2016-2018.

lugar a una curva bimodal. En el año 2018 se observa una curva unimodal con un inicio más temprano en la SE 13 que continúa con un ascenso gradual hasta la SE 17 para luego descender lentamente. Si bien las campañas 2017 y 2018 tuvieron una duración semejante (16 y 17 semanas, respectivamente), existieron grandes diferencias en la magnitud y distribución de las dosis aplicadas.

Descripción de las características del personal institucional vacunado en las campañas de vacunación de los años 2016 a 2018

En la cuadro 1 se presentan las principales características del personal de salud vacunado en las campañas de cada año. Se observa que el mayor porcentaje de personal vacunado es de sexo femenino con una mediana de edad de 36 años (con similar dispersión) los tres años. Mayoritariamente la población vacunada corresponde a la Sede Central del HIBA y presenta vínculo contractual directo con la Institución.

Descripción de la cobertura vacunal específica por sede institucional y por profesión de las campañas de vacunación al personal institucional de los años 2016 a 2018

En el cuadro 2 se presentan las coberturas específicas de la Sede Central y de San Justo y las profesiones del personal vacunado en la Sede Central durante los años 2016-2018. Como se puede observar, la sede de San Justo cuenta con las tasas de cobertura más elevadas de acuerdo con su dotación de personal a lo largo de los tres años. En la Sede Central, en cambio, se observan porcentajes que no alcanzan los niveles óptimos. En ambas sedes se encuentra presente la caída en la cobertura en el año 2017 en coincidencia con lo evidenciado globalmente. En relación con las profesiones, en la Sede Central se observa que los profesionales de enfermería presentaron las mayores tasas de cobertura. Los médicos formados presentaron las coberturas más bajas, no alcanzando el 40% ninguno de los años.

Cuadro 1. Características de la población vacunada en las campañas por año. HIBA. Años 2016-2018.

Característica	2016 (n = 5480)	2017 (n = 3278)	2018 (n = 5347)
Sexo n (%)			
– Femenino	3677 (67,10)	2304 (70,29)	3685 (68,92)
– Masculino	1801 (32,86)	974 (29,71)	1661 (31,06)
– Sin datos	2 (0,04)	–	1 (0,02)
Edad en años			
– Mediana (RIC**)	36,70 (15,90)	36,84 (16,43)	36,76 (16,03)
Lugar de trabajo n (%)			
– HIBA Central*	4603 (84,00)	2542 (77,55)	4359 (81,52)
– HIBA San Justo	868 (15,84)	736 (22,45)	988 (18,48)
– Sin datos	9 (0,16)	–	–
Tipo de contratación n (%)			
– Vinculación directa	5184 (94,60)	3102 (94,63)	5068 (94,78)
– Personal tercerizado	247 (4,51)	176 (5,37)	277 (5,18)
– Sin datos	49 (0,89)	–	2 (0,04)

*Incluye al personal vacunado en los Centros de Atención Periféricos.

**Rango intercuartílico.

Fuente de datos: Elaboración propia basada en datos del HIBA.

Descripción de la distribución de personas vacunadas por puesto de vacunación en las campañas de vacunación al personal institucional de los años 2016 a 2018

En el cuadro 3 se presenta el número de personas vacunadas en cada puesto de vacunación durante los años 2016-2018 en el HIBA Sede Central. Si bien se observa el papel predominante del puesto ambulante dado que fue el que mayor cantidad de personas vacunó en los tres años, también se observa que el puesto de Medicina del Trabajo aumentó su porcentaje relativo de vacunación hacia 2018.

CONCLUSIONES

En el año 2016 se alcanzó la cobertura más alta del período, siendo la menor la del año 2017. Al separar el período en trienios y comparar las tasas promedio, no se observaron diferencias trienales estadísticamente significativas. Tomando como referencia los últimos tres años, al valorar el inicio oportuno de las campañas de vacunación, se observó que la del año 2018 comenzó más tempranamente, quizá vinculada con los cambios en la gestión de las vacunas

implementados ese año. Por otra parte, se observó que—en los tres años— el personal vacunado correspondió mayormente al sexo femenino, era procedente de la Sede Central y tenía relación contractual directa con la Institución. Sin embargo, también se observó que, en cada año de ese período, la sede de San Justo fue la que obtuvo mayores coberturas en relación con su dotación de personal; los profesionales de enfermería lograron mayores coberturas específicas por función y la mayoría de las dosis aplicadas correspondieron a las del puesto de vacunación ambulante. El trabajo sostenido en equipos interdisciplinarios para la planificación, implementación, registro y evaluación de las campañas de vacunación antigripal para el personal de salud es un elemento fundamental para aumentar la calidad hospitalaria de atención. A partir de este trabajo se desprenden ejes posibles de procesos de mejora como, por ejemplo, en primer lugar, la identificación de las percepciones de riesgo, creencias y actitudes en el personal de la salud frente a la vacunación antigripal. En segundo lugar, la mejora en el registro de ESAVI que facilite una vigilancia sistemática y sensible de este tipo de eventos.

Cuadro 2. Porcentaje de cobertura específica según sede y profesión por año. HIBA. Años 2016-2018

Sede/Profesión	2016		2017		2018	
	Total de Personal	Vacunado n (%)	Total de Personal	Vacunado n (%)	Total de Personal	Vacunado n (%)
HIBA San Justo	850	828 (97,41)	928	637 (68,64)	1042	842 (80,81)
HIBA Central	7903	4405 (55,74)	8073	2465 (30,53)	8193	4228 (51,61)
Enfermería	1275	968 (75,92)	1329	613 (46,12)	1351	982 (72,69)
Médicos Formados	2379	933 (39,22)	2336	404 (17,29)	2423	749 (30,91)
Tareas Administrativas	1590	821 (51,64)	1650	425 (25,76)	1718	665 (38,71)

Cuadro 3. Personas vacunadas en las campañas por puesto de vacunación por año. HIBA Sede Central y Centros Periféricos. Años 2016-2018

Puesto de vacunación	2016	2017	2018
	(n = 4405)	(n = 2465)	(n = 4228)
Puesto ambulante	2258 (51,26)	1192 (48,36)	1991 (47,09)
Medicina del Trabajo	1637 (37,16)	945 (38,34)	1871 (44,25)
Centros Periféricos	348 (7,90)	243 (9,86)	366 (8,66)
Plan de Salud	143 (3,25)	85 (3,44)	-
Fichero central	8 (0,18)	-	-
Sin datos	11 (0,25)	-	-

Fuente de datos: Elaboración propia basada en datos del HIBA.

Ambos procesos permitirían aportar datos para el diseño y desarrollo de campañas de comunicación destinadas específicamente al personal de salud. En tercer lugar, la sistematización de experiencias exitosas, como la de la sede de San Justo, podría permitir visibilizar las buenas prácticas y las estrategias eficaces para el aumento paulatino de la cobertura de vacunación antigripal en el personal de salud. Consideramos que la innovación y la evaluación crítica de la propia práctica de implementación son tareas necesarias y que constituyen pasos estratégicos en el camino para la mejora de la calidad de la atención hospitalaria.

DISCUSIÓN

Los valores de las coberturas globales del período analizado ponen de manifiesto que es necesario continuar trabajando para alcanzar los objetivos de cobertura. Esto encuentra correlación en que, a pesar de las recomendaciones, diferentes estudios muestran que la cobertura vacunal antigripal en el personal sanitario es habitualmente menor que la esperada. Los resultados obtenidos en Europa oscilan entre un 25 y 35%, mientras que en Estados Unidos están en torno al 40-50%¹². Si bien son múltiples los factores que dificultan alcanzar las coberturas óptimas, analizaremos a continuación algunos puntos para destacar a nivel local.

Uno de los aspectos críticos de las campañas antigripales es la garantía a la accesibilidad de todo el personal a las vacunas¹³. La inadecuada disponibilidad de vacunas pudo haber sido un obstáculo para lograr los objetivos, particularmente durante la campaña 2017, tanto en lo que respecta a la magnitud de la cobertura alcanzada como a su inicio en el momento oportuno. Este último aspecto cobra relevancia al contemplar el sentido de oportunidad de la vacunación antigripal, dado que –a fin de favorecer la inmunidad de la población para la cepa del virus Influenza estacional– en nuestro país se recomienda iniciar la campaña hacia finales de la temporada estival, previamente al comienzo de los meses de temperaturas bajas. Esto se debe a que la seroprotección se consolida pasadas las 2 a 3 semanas desde la inmunización y permanece por un período de 6 a 12 meses⁷. Por lo tanto, un retraso en la vacunación reduciría el efecto preventivo de la intervención. El reconocimiento de este obstáculo y el desarrollo de la estrategia de aprovisionamiento temprano de vacunas fueron considerados elementos que otorgaron autonomía en la construcción y cumplimiento del cronograma de trabajo. El inicio temprano de la campaña de vacunación en el año 2018, en relación con otros años, podría constituir un reflejo de ello.

Otro elemento identificado por el equipo fue la necesidad de delinear estratos de riesgo en la población-objetivo de la campaña para, de esta manera, realizar una utilización estratégica de las dosis disponibles. Es decir, se planificó la vacunación temprana de personas con riesgo de pre-

sentar complicaciones graves por infección por el virus Influenza. Esto se llevó a cabo desde el Departamento de Medicina del Trabajo al comienzo de la campaña 2018, lo que podría explicar que, ese año, dicho puesto de vacunación alcanzó un mayor porcentaje de dosis aplicadas en relación con años anteriores. Por otra parte, se conoce que la incorporación de puestos de vacunación ambulantes es una intervención eficaz y exitosa para incrementar las coberturas vacunales¹⁴. Frente a la diversidad de sectores y tareas desarrolladas en la Institución, la elaboración de esta estrategia específica parece haber facilitado el acceso efectivo y la aceptación de la vacunación de la mayoría del personal de salud cubierto durante los tres años.

Las percepciones negativas del personal de salud con respecto a la vacunación antigripal – las principales argumentaciones para rechazar la vacunación son la autopercepción de buena salud, el temor a los efectos adversos y las dudas sobre su eficacia^{15,16}– se consideran fuertes dificultades para alcanzar coberturas efectivas. La capacitación del personal de salud para afianzar la importancia de la inmunización y revertir las creencias negativas con respecto a esta fue una estrategia implementada durante los tres años. Sin embargo, no debe olvidarse que la comprensión de los conocimientos y actitudes del personal institucional es un paso necesario para dar forma a las actividades educativas. La participación de profesionales en comunicación resulta de suma importancia ya que es reconocido que las intervenciones relacionadas con la promoción de la vacunación incrementan el éxito de los programas vacunales en el personal de salud¹⁷. La creación de un circuito de evaluación sistemática de ESAVI (Eventos supuestamente atribuibles a vacunación e inmunización) podría contribuir a la generación de datos fiables que mitiguen falsas creencias respecto de la vacunación.

Es interesante remarcar que, si bien se evidencia que las coberturas globales de vacunación antigripal en el personal continúan siendo bajas, existen diferencias al analizar cada sede institucional por separado. Realizar una descripción de los elementos que facilitan las elevadas coberturas en la sede hospitalaria de San Justo en relación con la sede hospitalaria central podría ser un insumo para trabajar en campañas próximas. Asimismo, se podría considerar la diferencia observada al desglosar la cobertura vacunal de acuerdo con la profesión, en la que se evidencia una mayor cobertura específica en los profesionales de enfermería. En relación con esto, en una revisión de artículos sobre el resultado de intervenciones implementadas para incrementar la vacunación antigripal en el personal de salud, se observó que los programas de inmunización antigripal que utilizan un mayor número de intervenciones sostenidas en el tiempo alcanzarían más altos niveles de cobertura. Diversas intervenciones se encuentran basadas en actividades educativas adaptadas a la cultura institucional y percepciones locales, la facilidad en el acceso a la

vacunación en el área de trabajo, la posibilidad de declinar la vacunación declarando los motivos y de elegir una alternativa de prevención apropiada (como el uso de barbijo o la limitación del contacto con pacientes de riesgo), entre otras¹⁸. Desde esta perspectiva, la implementación de intervenciones similares podría operar en forma complementaria a las ya mencionadas en este trabajo a fin de alcanzar los niveles esperados respecto de este indicador de calidad hospitalaria.

Finalmente, debemos destacar que, a partir de la organización de las campañas de vacunación, se constituyó un equipo interdisciplinario que incorpora múltiples miradas

a su planificación y ejecución año a año. La participación de diversos actores de la Institución constituye una herramienta en sí misma para el desarrollo y fortalecimiento de las campañas, ya que ha garantizado aportes de gran riqueza conceptual sobre una misma problemática.

Agradecimientos: A todo el equipo que, a manera de esfuerzo colaborativo, llevó adelante las campañas de vacunación antigripal al personal institucional cada año: Departamento de Enfermería, Farmacia, Informática en Salud, Área de Bioestadística, Compras, Servicios Generales, Medicina del Trabajo, Comunicación Institucional, el Área de Epidemiología, la Sección de Infectología y el Comité de Infecciones Hospitalarias.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Navalón-Ramon E y cols. Cobertura de vacunación antigripal entre profesionales sanitarios de una zona básica de salud. *Vacunas*. 2016; 17(2):41-6.
2. Pérez-Ciordia I, Guillén-Grima F, Aguinaga Ontoso I y cols. Cobertura vacunal y factores que motivan la actitud de vacunación antigripal en profesionales sanitarios. *Vacunas*. 2017; 18(1):3-10.
3. Satman I, Akalin S, Cakir B, et al. The effect of physicians' awareness on influenza and pneumococcal vaccination rates and correlates of vaccination in patients with diabetes in Turkey. An epidemiological Study "diaVAX". *Hum Vaccin Immunother*. 2013; 9(12): 2618-26.
4. Saxén 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; 18:779-83.
5. Grohskopf L, Sokolow L, Broder K, et al. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices-United States, 2018-19 Influenza Season. *Morbidity and mortality Weekly Report*. Centers for Disease Control and Prevention. *Recommendations and Reports*. 2018; 67(3):1-20.
6. Vacunación Antigripal. Argentina 2018. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Argentina, 2018. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000001137cnt-2018-03_It_vacuna-gripe-2018.pdf
7. Vizzotti C, Katz N, Stecher D y cols.. Evaluación del uso en adultos de cuatro vacunas: una encuesta poblacional en Argentina. *Medicina (Buenos Aires)*. 2018; 78: 76-82.
8. Joint Comission International. About JCI. Consultado en: <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/>
9. Joint Commission International. Accreditation Standards for Hospitals. 6th Ed. Julio de 2017.
10. Lindley M, Lorick S, Geevarughese A, et al. Evaluating a Standardized Measure of Healthcare Personnel Influenza Vaccination. *Am J Prev Med*. 2013; 45(3):297-303.
11. R Core Team (2018). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
12. Tuells J, García-Román V, Duro-Torrijos JL. Cobertura de vacunación antigripal (2011-2014) en profesionales sanitarios de dos departamentos de salud de la comunidad valenciana y servicios hospitalarios más vulnerables a la gripe. *Rev Esp Salud Pública*. 2018; 92: e1-e8.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Influenza Vaccination Coverage among Health Care Personnel. 2016; 65(38):1026-31.
14. Sartor C, Tissot-Dupont H, Zandotti C, et al. Use of a mobile cart influenza program for vaccination of hospital employees. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2004; 25(11):918-22.
15. Galicia García MD, González Torga A, García González C, et al. Vacunación de gripe en trabajadores sanitarios. Por qué se vacunan y por qué no se vacunan. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2006; 24:413-7.
16. Hollmeyer HG, Hayden F, Poland G, et al. Influenza vaccination of health care workers in hospitals—a review of studies on attitudes and predictors. *Vaccine*. 2009; 27:3935-44.
17. Black CL, Yue X, Ball SW, et al. Influenza Vaccination Coverage among Health Care Personnel - United States, 2017-18 Influenza Season. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2018; 67:1050-4.
18. Hollmeyer H, Hayden F, Mounts A, et al. Review: interventions to increase influenza vaccination among healthcare workers in hospitals. *Influenza Other Respir Viruses*. 2013; 7(4):604-21.