

# Las vacunas contra el virus de la gripe

**Juan Gérvas**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Equipo CESCA. Madrid.

**Mercedes Pérez Fernández**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Equipo CESCA. Madrid.

## Introducción

Las vacunas son los primeros medicamentos de uso poblacional y de gran impacto social, los primeros que, en la imagen popular, ayudaron a cambiar la efectividad de los cuidados médicos. No hubo nada de tanto impacto hasta casi siglo y medio después, con la aparición de los antibióticos. Ambos tipos de medicamentos lograron domeñar las infecciones y cambiaron el perfil de la mortalidad. No es que hicieran desaparecer los virus, las bacterias y otros microorganismos, pero al menos desapareció la infección como causa frecuente de minusvalía y muerte. Para verdadera confusión, sí se logró erradicar la viruela, pero el virus tiene variantes salvajes que permanecen en monos, además de las reservas del propio virus que no se han destruido (y que se guardan en EE.UU. y Rusia). Tampoco las vacunas y los antibióticos han evitado la mortalidad en general, pues «los cuerpos encuentran la forma de morir» y ahora lo hacen por otras causas (cardiovasculares, cánceres, accidentes y efectos imprevistos de la actividad médica), pues tanto la actividad curativa como la preventiva tienen sus límites<sup>1,2</sup>. Las vacunas y los antibióticos «retrasan las muertes», no las evitan (morimos todos los que nacemos, obviamente), como cualquier intervención médica.

En la actualidad, la cuestión básica en política, organización y práctica sanitaria es conseguir un balance apropiado entre beneficios y daños de las intervenciones sanitarias. La actividad sanitaria innecesaria o perjudicial se ha convertido en la tercera o cuarta causa de muerte<sup>3</sup>.

No hay dudas acerca de las ventajas de las vacunas «clásicas», como la de la difteria (que sirvió para paliar el efecto de una infección que causaba la muerte de 1 de cada 10 pacientes afectados)<sup>4</sup> pero caben dudas acerca de las «nuevas vacunas», que se refieren a infecciones de menor relevancia y con menor impacto poblacional<sup>5</sup>, en las que el balance entre riesgos y beneficios no siempre es favorable a los segundos. Así, ante un brote previo de gripe A (gripe porcina, virus A/New Jersey/76/Hsw1N1) en 1978, en EE.UU., por un virus gripal similar

al de la «gripe española» de 1918, el remedio fue peor que la enfermedad, y la vacuna conllevó una epidemia del síndrome de Guillain-Barré que obligó a parar la campaña (además, el brote se contuvo y no tuvo mayor importancia)<sup>6</sup>. Existe un excelente texto en español de 2007 sobre este brote y la reacción consiguiente<sup>7</sup> que avanza mucho de lo que sucedió 2 años después, de nuevo con la gripe A (virus A/California/7/2009/H1N1), también con un virus de origen porcino en EE.UU. Esta nueva epidemia, iniciada en abril de 2009, en México, recibió la denominación de pandemia, tras un sutil cambio de la definición de la misma, que excluía problemas de gravedad y se ceñía tan sólo a territorialidad (afectación global internacional)<sup>8</sup>. Como se demostró ya en agosto de 2009 (con datos del hemisferio sur), la pandemia de gripe A era benigna, y así ha sido en Europa<sup>9</sup>. Respecto a la respuesta a la misma, ha quedado sin resolver la cuestión de la efectividad de la vacuna contra el virus de la gripe<sup>10</sup>, que es la que revisamos a continuación con 10 publicaciones al respecto.

## Bibliografía

1. Heath I. In defence of a National Sickness Service. *BMJ*. 2007;334:19.
2. Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ*. 2002;167:363-4.
3. Starfield B. Is US health really the best in the world? *JAMA*. 2000;284:483-5.
4. Pollard AJ. Childhood immunisation: what is the future? *Arch Dis Child*. 2007;29:426-33.
5. Starfield B, Gérvas J. Prevención, de la población al paciente y viceversa. ¿Es la prevención una función de la Atención Primaria? *El Médico*. Noviembre 2009;1104:34-6.
6. Evans D, Cauchemez S, Hayden FG. «Prepandemic» immunization for novel influenza viruses, «swine flu» vaccine, Guillain-Barré syndrome and the detection of rare severe adverse affects. *J Infect Dis*. 2009;200:321-8.
7. Tullis J. La gripe del cerdo (1978): cuando el pánico y la política toman las decisiones. *Vacunas*. 2007;8:119-25.
8. Doshi P. More changing webpages at WHO. Disponible en: [http://www.bmj.com/cgi/eletters/340/apr06\\_2/c1904](http://www.bmj.com/cgi/eletters/340/apr06_2/c1904), consultado el 20 de abril de 2010.
9. Influenza A(H1N1) pandemic. European Centre for Disease Prevention and Control. Disponible en: <http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/Pages/home.aspx>, consultado el 20 de abril de 2010.
10. Gérvas J, Wright J. Future of flu vaccines: Please, may we have a RTC now? *BMJ*. 2009;339:b4651.

## > 1 REVISIÓN DE LOS MECANISMOS DE ACCIÓN DE LAS VACUNAS CONTRA VIRUS

### Pregunta

¿Qué tipos hay de vacunas contra virus, y cómo funcionan? ¿Cómo son las de la gripe?

### Respuesta

Existen tres tipos de vacunas, con virus vivos, con virus completos inactivados, y con fragmentos víricos. Producen anticuerpos neutralizantes y memoria inmunológica. Las de la gripe son vacunas con virus inactivados.

### Resumen del artículo

León P. Vacunas víricas: conceptos básicos, tipos y aplicaciones. FMC. 2010;17:113-21.

**Contexto.** El desarrollo de las vacunas conlleva una actualización continua del profesional sanitario, para poder juzgar su seguridad y efectividad.

**Objetivo.** Revisar el conjunto de vacunas contra virus, sus mecanismos de acción y su desarrollo, junto con algunas condiciones para su uso.

**Tipo de estudio.** Revisión general de la situación actual por un especialista en la cuestión, de forma que el médico general/de familia pueda formarse su propio criterio acerca de las vacunas contra virus.

**Método.** Consideraciones a partir de publicaciones previas sobre la respuesta inmunitaria natural, anticuerpos neutralizantes, eficacia vacunal individual y poblacional, variabilidad antigénica, escape a la vacuna, y apuntes sobre el uso terapéutico de las vacunas.

**Resultados.** Las infecciones víricas provocan inmunidad natural celular y humoral. Por ejemplo, es importante la inmunidad celular en la infección por el virus del papiloma humano. Pero, en general, es clave la producción de anticuerpos neutralizantes de los virus (inmunoglobulinas G) por las células B activadas. Tras la infección natural, persisten de por vida clones de estas células B que se pueden reactivar rápidamente cuando el virus vuelve a penetrar y alcanza las defensas. Las vacunas de virus vivos emplean cepas atenuadas por el paso a través de medios homogéneos; como por ejemplo, las de la triple vírica (sarampión, rubéola y parotiditis) y la de la varicela. Las vacunas de virus inactivados emplean virus cuya capacidad de infección se ha destruido por medios físicos o químicos;

entre ellas están las vacunas antigripales; el problema es que generan inmunidad parcial, por lo que muchas veces se añaden adyuvantes, cuya eficacia está probada, pero sin que se comprendan bien los mecanismos de acción. Por último, las vacunas de componentes subvíricos tienen gran futuro, pero por ahora la única de interés es la de la hepatitis B. Respecto a la eficacia vacunal, lo que se pretende en la gripe, en concreto para el individuo, no es evitar la infección, ni la enfermedad, sino las complicaciones, y ello se logra en parte. La población también se beneficia del efecto de algunas vacunas, especialmente de las de virus vivos; las de virus inactivados tienen menos capacidad para producir «inmunidad de rebaño» y, por ejemplo, la vacuna antigripal en niños y jóvenes es casi inútil a este respecto.

### Comentario

Las vacunas antivíricas ayudan a prevenir infecciones importantes, tanto para los individuos como para la población. Es importante comprender sus mecanismos de acción y eficacia, especialmente en vacunas de dudosa efectividad, como las de la gripe.

## > 2 LA DECISIÓN DE VACUNAR CONTRA LA GRIPE (A Y DEMÁS), DEMASIADO RÁPIDA Y, QUIZÁ, IMPRUDENTE

### Pregunta

¿Sabemos suficiente para decidir acerca de la conveniencia de vacunar contra la gripe (A y demás)?

### Respuesta

No tenemos información empírica suficiente para decidir apropiadamente sobre la conveniencia de vacunar contra la gripe A.

### Resumen del artículo

Collignon P. H1N1 immunisation: too much too soon. Aust Prescr. 2010;33:30-1.

**Contexto.** En Australia, la gripe A (H1N1) fue epidémica en el invierno de 2009, y se sobrellevó sin grandes males. Ahora, en el invierno austral de 2010, se discute si valdría la pena vacunar contra la gripe A.

**Objetivo.** Pedir calma, tiempo y tranquilidad antes de emprender una campaña masiva de vacunación de la población contra la gripe A.

**Tipo de estudio.** Revisión editorial por un microbiólogo y catedrático de medicina interna australiano.

**Método.** Valoración de lo que se sabe sobre la gripe A de 2009, y sobre las vacunas contra la gripe en general.

**Resultados.** La gripe A no cumplió las previsiones de incidencia (10% de la población afectada), ni de mortalidad (5% de los infectados). De hecho, tuvo una mortalidad en Australia 10 veces menor que la gripe estacional (del 0,01 frente al 0,1%). Entre los menores de 40 años produjo una muerte por millón. De los estudios inmunológicos se deduce que más de la mitad de la población australiana está inmunizada contra la gripe A, bien por epidemias previas bien por la de 2009. Dada la escasa gravedad de la gripe, en general, es dudoso que los riesgos de la vacuna compensen los beneficios (la incidencia de efectos adversos graves de la vacuna es equiparable a la de complicaciones graves de la gripe).

## Comentario

La gripe A ha sido una gripe leve en Australia (y en el resto del mundo). Tan leve que probablemente no compensa la vacunación, que siempre tiene efectos adversos. Entre ellos, el síndrome de Guillain-Barré, bien puesto de manifiesto en 1978. Las vacunas contra la gripe tienen escasa efectividad, con un efecto máximo sobre la mortalidad general en torno al 5%. Conviene ser prudentes antes de decidir una campaña de vacunación de toda la población.

> 3

## DESCONOCEMOS LA INTERACCIÓN ENTRE VACUNAS Y VIRUS GRIPALES

### Pregunta

¿Pueden interactuar de forma inesperada las vacunas antigripales y los virus de la gripe?

### Respuesta

Sí. De hecho, hay datos que sugieren interacciones inesperadas entre la vacuna trivalente contra la gripe estacional y el virus de la gripe A.

## Resumen del artículo

Skowronski DM, Sevres G, Crowcroft N, Janjua NZ, Boulianne N, Hottes TS, et al. Association between the 2008-09 seasonal influenza vaccine and pandemic H1N1 illness during Spring-Summer 2009: four observational studies from Canada. *PLoS Med.* 2010;7(4):e1000258. doi:10.1371/journal.pmed.1000258.

**Contexto.** Nunca se han hecho estudios a largo plazo de la efectividad de las vacunas contra la gripe, ni se han llevado a cabo ensayos clínicos aleatorizados más allá de los necesarios a corto plazo para demostrar la seguridad y la eficacia de las vacunas.

**Objetivo.** Confirmar la impresión clínica de que la vacuna antigripal estacional de 2008-2009 aumenta la probabilidad de contraer la gripe A de 2009-2010.

**Tipo de estudio.** Suma de cuatro estudios, uno de vigilancia epidemiológica y tres de casos-control, en Canadá.

**Métodos.** Seguimiento de pacientes vacunados contra la gripe estacional (vacuna trivalente, virus inactivados) de 2008-2009, y valoración del requerimiento de atención médica por la infección de gripe A de 2009-2010. En total, se siguieron 672 casos, que se compararon con 857 controles, corrigiendo por edad, sexo, comorbilidad y otras variables. Tres estudios casos-control de pacientes con gripe A según estuvieran vacunados previamente contra la gripe estacional de 2008-2009. En total, se valoraron 1.226 casos con gripe A confirmada por laboratorio frente a 1.505 controles, y se corrigió por las mismas variables que en el estudio de seguimiento.

**Resultados.** El antecedente de la vacuna estacional multiplica por 1,4-2,5 veces la probabilidad de contraer la gripe A y de necesitar consultar con el médico entre los pacientes estudiados. No hay más ingresos ni complicaciones graves en los vacunados contra la gripe estacional con la vacuna inactivada trivalente.

## Comentario

Sabemos de la escasa eficacia de las vacunas antigripales<sup>1,2</sup> y de la necesidad de realizar ensayos clínicos a largo plazo<sup>3</sup>. Este trabajo canadiense demuestra nuestra ignorancia acerca de cuestiones esenciales cuando se trata de llevar a cabo campañas masivas de vacunación contra la gripe.

## Bibliografía

1. Simonsen L, Taylor RJ, Vibournd C, et al. Mortality benefits of influenza vaccine in elderly people: an ongoing controversy. *Lancet Infect Dis.* 2007; 7:658-66.
2. Smith S, Demicheli V, Di Pietrantonj C, Harden AR, et al. Vaccines for preventing influenza in healthy children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(2):CD004879.
3. Gérvas J, Wright J. Future of flu vaccines: Please, may we have a RTC now? *BMJ.* 2009;339:b4651.

> 4  
**HAY MECANISMOS INMUNOLÓGICOS QUE PUEDEN EXPLICAR LA INTERACCIÓN ENTRE VACUNAS Y VIRUS DE LA GRIPE**

**Pregunta**

¿Es posible que las vacunas antigripales modifiquen la respuesta inmunitaria frente a virus de la gripe contra los que no se vacuna?

**Respuesta**

Sí, es posible. Por dos mecanismos: la modificación de la respuesta en las células B activadas, y por neutralización parcial de la capacidad antigénica del virus A.

**Resumen del artículo**

Viboud C, Simonsen L. Does seasonal influenza vaccination increase the risk of illness with the 2009-A/H1N1 pandemic virus? *PLoS Med.* 2010;7(4):e1000259. doi 10.1371/journal.pmed.1000259.

**Contexto.** No comprendemos los mecanismos íntimos de acción de los virus ni de las vacunas contra los virus de la gripe.

**Objetivo.** Valorar la importancia de los hallazgos de la relación entre la vacuna contra la gripe estacional y la mayor incidencia de gripe A.

**Tipo de estudio.** Comentario editorial.

**Método.** Revisión de la importancia en salud pública y en investigación básica de la modificación inmunológica que pudiera explicar la relación de vacunación contra la gripe estacional y la infección por gripe A.

**Resultados.** Los datos canadienses son conservadores y prudentes, y cuando menos dan un toque de atención sobre una cuestión que no se puede ignorar. Hay dos mecanismos posibles: a) la vacuna contra la gripe estacional disminuye la heterogeneidad de la respuesta de las células B, con lo que falla, en parte, la reacción contra los virus A, y b) los anticuerpos que provoca la vacuna contra la gripe estacional tienen cierta capacidad de interacción con los virus de la gripe A de forma que se dificulta su impacto sobre las células B, y no se producen los anticuerpos necesarios.

**Comentario**

La vacunación contra la gripe estacional llegó casi al 40% de la población en Canadá y EE.UU. en 2008. Aproximadamente un tercio de los mayores de 65 años tenían anticuerpos contra la gripe A, por su historia inmunológica de décadas previas,

y se defendieron contra dicha gripe sin problemas. Por eso, la vacuna contra la gripe estacional de 2008 fue factor de riesgo para padecer la gripe A, sobre todo en menores de 65 años.

> 5  
**DESDE EL COMIENZO DE LA EPIDEMIA DE GRIPE A LA INCIDENCIA Y LA PREVALENCIA FUERON MENORES QUE LAS ESTIMADAS (Y LA VACUNA CONTRA LA GRIPE ESTACIONAL SE ASOCIÓ A MAYOR PROBABILIDAD DE ENFERMEDAD)**

**Pregunta**

¿Hubo estudios empíricos iniciales que demostraron la baja contagiosidad y gravedad de la gripe A, y a la vacuna contra la gripe estacional como factor de riesgo?

**Respuesta**

Sí.

**Resumen del artículo**

Crum-Cianflone NF, Blair PJ, Faix D, Arnold J, Eholá S, Sherman SS, et al. Clinical and epidemiological characteristics of an outbreak of novel H1N1 (swine origin) influenza A virus among US military beneficiaries. *CID.* 2009; 49:1801-10.

**Contexto.** Se suponía, a partir de los datos de México correspondientes a abril de 2009, que la mortalidad por la gripe A podría llegar al 5% de la población y la incidencia, al 10%. Al tiempo, se pensaba que la vacuna contra la gripe estacional 2008 podría proteger a la población vacunada entonces.

**Objetivo.** Describir un brote de gripe A en una comunidad bien definida (militares y familiares de una base, en San Diego, California, EE.UU.).

**Tipo de estudio.** Observacional, descriptivo.

**Método.** Recolección prospectiva de datos de todos los pacientes atendidos con síntomas gripales entre el 21 de abril y el 8 de mayo, y determinación en todos ellos de la presencia del virus A, a partir de una población de 96.258 personas.

**Resultados.** Se atendió a 761 pacientes con síntomas gripales, y se confirmó la presencia de gripe A en 97 casos; el 4% fueron mujeres embarazadas. La media de edad fue de 21 años, y los dos síntomas más frecuentes, fiebre y tos. Hubo una hospitalización, no hubo muertes. El 66% de los pacientes se había vacunado contra la gripe estacional de 2008 (entre los no afectados, el 40% se había vacunado). La incidencia de la enfermedad fue del 0,1%.

## Comentario

Los resultados empíricos epidemiológicos iniciales (abril y mayo de 2009) sobre la infección por el nuevo virus gripal demostraron consistentemente su carácter inofensivo y banal, por comparación con la gripe estacional previa. También se demostró el efecto de factor de riesgo para la infección de la vacunación antigripal de 2008. Ambas cuestiones son clave en salud pública<sup>1,2</sup>.

## Bibliografía

1. Gérvas J. In the face of swine flu, common sense and science. *Healthy Skepticism News*. Disponible en: <http://www.healthyskepticism.org/news/2009/Oct09.php>
2. Viboud C, Simonsen L. Does seasonal influenza vaccination increase the risk of illness with the 2009-A/H1N1 pandemic virus? *PLoS Med*. 2010;7(4): e1000259. doi 10.1371/journal.pmed.1000259.

> 6

**HAY QUE VACUNAR A 4.000 ANCIANOS PARA PREVENIR UNA MUERTE POR GRIPE**

### Pregunta

¿Cuál es la efectividad de la vacuna contra la gripe estacional?

### Respuesta

Inferior al 5%.

## Resumen del artículo

Fireman B, Lee J, Lewis N, Bembom O, van de Laan M, Baxter R. Influenza vaccination and mortality: differentiating vaccine effects from bias. *Am J Epidemiol*. 2009; 170:650-6.

**Contexto.** Se dice y se repite que la vacuna contra la gripe reduce la mortalidad a la mitad (un 50%).

**Objetivo.** Valorar la efectividad de la vacuna antigripal excluyendo los sesgos de selección.

**Tipo de estudio.** Observacional, de casos-control.

**Método.** Análisis de las muertes en 10 años seguidos de epidemia gripal, 1996-2005, en los ancianos de Kaiser Permanent, una aseguradora de California, EE.UU. Valoración de las características personales y las enfermedades. Regresión logística centrada en casos.

**Resultados.** Respecto a los mayores de 65 años, hubo hasta un máximo de 387.000 asegurados en los 10 años de estudio. Murieron 115.823 y de ellos, 20.484 en el periodo de epidemia de gripe (exceso de mortalidad del 7,8%). Con una

cobertura de vacunación del 68%, y el análisis por regresión logística agrupando a los pacientes en casi 40.000 grupos, se puede determinar una efectividad de la vacuna del 4,6%. Es decir, hay que vacunar a 4.000 ancianos para que uno no muera por gripe. La vacunación evita 16 muertes por 100.000 en plena epidemia.

## Comentario

La efectividad de la vacuna contra la gripe es muy baja en ancianos. La decisión de vacunar a toda la población no tiene fundamento científico.

> 7

**SE PRECISA TRANSPARENCIA EN LOS PROCESOS DE DECISIÓN SOBRE LAS EPIDEMIAS**

### Pregunta

¿Ha sido transparente y lógico el proceso de decisión respecto a la epidemia de gripe A?

### Respuesta

No. Ha faltado transparencia, lógica y ciencia, y un proceso democrático que permita el control de las decisiones.

## Resumen del artículo

Flynn P. The handling of the H1N1 pandemic: more transparency needed. *Council of Europe. Parliamentary Assembly*. 23 March 2010. AS/Soc(2010)12.

**Contexto.** Las decisiones en torno a la epidemia de gripe A han sido criticadas por muchos, y algunos políticos desearían que la información proporcionada fuera más transparente.

**Objetivo.** Hacer una valoración política de las respuestas públicas a la gripe A en Europa.

**Tipo de estudio.** Revisión del problema y de las decisiones en política sanitaria. Ejercicio de «inteligencia sanitaria».

**Métodos.** Consideración de los hechos desde el inicio de la epidemia de gripe A en abril de 2009 hasta febrero de 2010, con valoración de las decisiones tomadas por las autoridades, la industria y otros interesados.

**Resultados.** Las decisiones de la OMS no correspondieron al conocimiento científico, y se tomaron en condiciones de escasa transparencia. Resulta especialmente opaco el *Strategic Advisory Group of Experts* que asesora a la OMS. Es opaco también gran parte del mercado farmacéutico, y parece que

hay compromisos contractuales («contratos dormidos») que dan permiso a las industrias farmacéuticas para producir vacunas en caso de declaración de la OMS de «pandemia». Estas vacunas se produjeron deprisa y corriendo, sin necesidad, pues no había agobio ante una epidemia de gripe A de carácter leve. El caso de Francia es paradigmático, con 263 muertos (frente a 5.000 en la gripe estacional), 90 millones de dosis de vacunas encargadas, 50 millones de dosis compradas efectivamente, y sólo 5 millones empleadas.

### Comentario

A veces los políticos se hacen preguntas interesantes y dan respuestas muy inteligentes. Este informe de un socialista inglés es buen ejemplo de ello.

**> 8**  
**POR CADA CASO CLÍNICO DE GRIPE A HUBO DIEZ CASOS SUBCLÍNICOS QUE QUEDARON VACUNADOS ESPONTÁNEAMENTE**

#### Pregunta

¿Produce inmunidad humoral el pasar la gripe A en niños?

#### Respuesta

Sí, tanto en los que tienen la enfermedad como en los que se contagian y pasan la gripe sin síntomas.

### Resumen del artículo

Miller E, Hoschler K, Hardelid P, Stanford E, Andrews N, Zambon M. Incidence of 2009 pandemic influenza A H1N1 infection in England: a cross sectional serological study. *Lancet*. 2010;375:1100-8.

**Contexto.** Para saber si es necesario vacunar se tiene que conocer la situación inmunológica previa de la población.

**Objetivo.** Determinar la inmunidad humoral frente al virus de la gripe A, en el Reino Unido.

**Tipo de estudio.** Observacional, de determinación de anticuerpos humorales.

**Método.** Se midieron los niveles de anticuerpos en sangre frente al virus A/England/195/2009(H1N1v), similar al general de la gripe A. Se utilizaron muestras residuales de suero, en 2008 (antes de la epidemia) y en 2009 (agosto y septiembre, después de la primera ola de la epidemia). Además, se siguió una submuestra de pacientes con gripe A diagnosticada por clínica y por virología.

**Resultados.** Se analizaron 1.403 muestras de 2008 y 1.954 de 2009. Los ancianos tenían títulos protectores antes de la epidemia (hasta el 32% de los mayores de 80 años) y los niños no (el 1,8% sí, en menores de 4 años). Tras la primera ola de epidemia, hubo anticuerpos protectores en los menores de 24 años, sobre todo entre los de 5 a 14 años (el 42%). Uno de cada tres niños había pasado la infección (diez veces la incidencia según casos clínicos).

### Comentario

La epidemia de gripe A ha dejado vacunada a la población. Los niveles de anticuerpos en sangre son protectores de infección y de complicaciones.

**> 9**  
**LOS ESTUDIOS DE PEOR CALIDAD TIENEN MÁS DISCREPANCIAS ENTRE LOS RESULTADOS Y LAS CONCLUSIONES, Y ÉSTAS SON MÁS FAVORABLES A LAS VACUNAS ANTIGRIPALES**

#### Pregunta

¿Es posible que los datos y las conclusiones sean divergentes en los estudios de las vacunas contra la gripe?

#### Respuesta

Sí. Los resultados divergen de las conclusiones, y éstas son más favorables a las vacunas antigripales cuanto peor calidad tiene el estudio.

### Resumen del artículo

Jefferson T, DiPietrantong C, Debalini MG, Rivetti A, Dimicheli V. Relation of study quality, concordance, take home message, funding and impact in studies or influenza vaccines: systematic review. *BMJ*. 2009;338:b354 doi: 10.1136/bmj.b354.

**Contexto.** Es difícil seguir la literatura científica mundial. Por eso, los artículos cuidan mucho el resumen y las conclusiones, para hacer llegar el mensaje a los clínicos. A veces esto permite la contradicción entre resultados y conclusiones.

**Objetivo.** Respecto a las vacunas contra la gripe, valorar la calidad de los estudios y su financiación con la «traducción» de los resultados a las conclusiones en las publicaciones.

**Tipo de estudio.** Revisión sistemática de la literatura médica mundial, sin restricción de idioma, de publicaciones sobre estudios en que se comparan vacunas antigripales con placebo, o con no intervenir.

**Método.** Búsqueda sistemática de publicaciones a partir de bases de datos (Cochrane, PubMed, Embase y demás) y de Internet. Valoración de la calidad de los estudios, determinación de su fuente de financiación, estimación de los resultados, comparación con lo que consta en el resumen y en las conclusiones, y medición del impacto según citaciones.

**Resultados.** Se encontraron 259 trabajos, el 70% de los cuales con conclusiones a favor de las vacunas antigripales, pero sólo el 4% reunían la calidad suficiente para no estar sesgados. A mayor correlación entre resultados y conclusiones, menor efectividad de las vacunas. También va contra la efectividad la fuente de financiación (la industria financia estudios que dan resultados más favorables). Los estudios con más factor de impacto, publicados en revistas de mayor prestigio, tienden a ser los financiados por la industria, sin asociación con mejor calidad. En general, a menor calidad, mayor discordancia entre resultados y conclusiones, y mayor efectividad atribuida a las vacunas.

### Comentario

En muchos estudios científicos se emplea «malicia sanitaria» y, sin mentir, las conclusiones no reflejan los resultados. Con ello se logra trasladar a la mente del lector un mensaje incluso opuesto al que se transmite cuando se lee el texto íntegro. En el caso de las vacunas antigripales, se concluye sobre su efectividad indudable, por más que sea dudosa.

> 10

**LOS PROFESIONALES SANITARIOS RECHAZAN VACUNARSE CONTRA LA GRIPE EN GENERAL Y CONTRA LA GRIPE A EN PARTICULAR**

#### Pregunta

¿Cumplen los profesionales sanitarios con la recomendación de vacunarse contra la gripe?

#### Respuesta

No. Ni contra la gripe estacional, ni contra la gripe A.

### Resumen del artículo

Rachiotis G, Mouch VA, Kremastinou J, Gourgoulis K, Hadjichistodoulou C. Low acceptance of vaccination against the 2009 pandemic influenza A (H1N1) among healthcare workers in Greece. *Euro Surveill.* 2010;15(6):pii=19486.

**Contexto.** Las dudas acerca de la efectividad, la necesidad y la seguridad de las vacunas antigripales llevan a que muchos profesionales se nieguen a vacunarse, por mucho que se les recomiende.

**Objetivo.** Conocer y valorar las actitudes de los profesionales sanitarios ante las vacunas contra la gripe en Grecia.

**Tipo de estudio.** Por encuesta, observacional.

**Método.** Se desarrolló una encuesta que se pasó a trabajadores sanitarios de cinco hospitales griegos, con datos generales y preguntas acerca de la aceptación de las vacunas en general y de la gripe en particular.

**Resultados.** Se pasaron 441 encuestas, en la primera semana de noviembre de 2009, justo antes de empezar la vacunación contra la gripe A (y después de la campaña de vacunación contra la gripe estacional). La media de edad fue de 38 años, el 66% fueron mujeres, y el 50% médicos. Aceptaban las vacunas en general como beneficiosas el 96%. Pero se habían vacunado contra la gripe estacional el 29% (entre los que la rechazaron, el 43% por miedo a problemas de seguridad), y pensaban vacunarse contra la gripe A el 17% (el 75% de los que la rechazaban, por miedo a los problemas de seguridad). Los médicos aceptaban más la vacuna contra la gripe A (el 27%), y también los que estaban informados por revistas y organismos científicos.

### Comentario

Los profesionales sanitarios «votan con los pies», y rechazan en masa las vacunas contra la gripe (estacional y A), especialmente por consideraciones acerca de la seguridad de las mismas. Lo lógico es que no recomienden con convicción las vacunas a sus pacientes.