

Influenza Pandémica y Vacuna

Declaración Sociedad Chilena de Infectología. 26 Marzo 2010

Nuevo virus influenza. En Abril del 2009 se identificó en seres humanos un nuevo virus influenza, de origen porcino, en México, Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, y luego en otros países. El virus fue caracterizado como un triple recombinante con genes de influenza porcina, humana y aviar, subtipo A (H1N1). A fines de Mayo del mismo año, el virus había sido identificado en más de 40 países y se había establecido que el virus se transmitía efectivamente persona a persona. El 11 de Junio, la OMS elevó el nivel de alerta a fase 6, indicando que en el mundo se había iniciado una pandemia, con un virus que se transmite en forma efectiva y continua entre individuos y que se expande a todas las naciones. En relación al comportamiento de la recién bautizada “influenza humana A H1N1”, la directora del organismo internacional dijo “el virus escribe sus reglas y éste, como todos los virus influenza, puede cambiar las reglas, sin motivo ni razón, en cualquier momento”.

El virus A H1N1 ha circulado produciendo secuencialmente epidemias en el hemisferio sur como en el hemisferio norte. Inicialmente hubo incertidumbre en relación a cuán grave sería la infección; con el tiempo se ha caracterizado mejor la enfermedad, disminuyendo el temor de que se trate de una cepa muy agresiva. Las lecciones aprendidas son que el virus A H1N1 reemplazó casi totalmente a los virus de influenza estacional, que su evolución clínica es en la mayoría de los casos leve o moderada, que algunos grupos de la población son más vulnerables a hacer una infección más grave y que globalmente, este virus AH1N1 produjo un mayor número de hospitalizaciones por influenza que lo observado con la gripe estacional. Respecto a la mortalidad, las cifras en diversos países parecen ser similares a lo observado con la influenza estacional, sin embargo las muertes se concentran en algunos grupos y en personas jóvenes. Ha llamado la atención que además de los grupos tradicionalmente considerados de riesgo como niños menores de dos años, personas portadoras de enfermedades crónicas y pacientes mayores de 65 años, la influenza AH1N1 atacó con mayor gravedad a embarazadas y a pacientes con obesidad y enfermedades metabólicas como la diabetes. En Chile es importante destacar que de los 320.000 casos informados el 2009, un 0,5% tuvo una infección severa que requirió hospitalización, la mayoría de ellos niños menores, embarazadas y personas con enfermedades crónicas o inmunodepresión.

La aparición de un nuevo virus de influenza desde el comienzo motivó un significativo interés por desarrollar una vacuna y la comunidad científica y médica solicitó acelerar todos los procesos de producción, para eventualmente contar con suficientes dosis de la vacuna como para una vacunación universal. Hace algunos meses la discusión a nivel de las autoridades de salud del mundo, consistía en cómo se garantizaría el acceso a vacuna a toda la población, y en el caso de que no hubiese suficientes dosis, cómo se priorizaría y qué grupos de la población debían recibir vacuna.

Innovación en la producción de vacunas. La vacuna contra la influenza tiene un método tradicional para formularse y producirse. Considerando que los virus influenza cambian genéticamente año a año, los centros de vigilancia de todo el mundo determinan las cepas de influenza que circulan en la población, y de esta manera se determina las cepas que debe contener la vacuna. El objetivo es que los tipos que contiene la vacuna coincidan año a año con los que circulan en la comunidad. Tradicionalmente, la producción de la vacuna se realiza en huevos, para luego ser inactivada y purificada.

Durante el año 2009 se agregaron al menos dos nuevas formas o técnicas para producir la vacuna. La primera fue reemplazar los huevos por células humanas o cultivos celulares. Esto permite mayor eficiencia en la producción. La segunda innovación, fue agregar a algunas vacunas un adyuvante, o molécula que estimula la respuesta inmunológica de la persona que la recibe. Con este tipo de vacuna se requiere menos cantidad de virus inactivado para obtener protección. Estas dos innovaciones, producción en cultivos celulares y adición de adyuvantes, ya se han utilizado en otras vacunas en humanos, demostrando ser seguras y eficaces. La utilización de estas metodologías para la vacuna de influenza tuvo el objetivo de poder contar con suficiente vacuna para toda la población y eventualmente mejorar su protección.

Consecuentemente, los países del hemisferio norte contaron a fines del 2009 con tres tipos de vacuna:

- a) la producida en forma tradicional en huevos
- b) la producida en cultivos celulares
- c) la vacuna a la que se agregó un adyuvante.

La disponibilidad de dos tipos nuevos de vacuna ha generado debate, especialmente por el poco tiempo que han tenido para probar que son seguras. Por esta razón tanto los organismos reguladores como la comunidad médica y científica han establecido rigurosas normas de seguimiento de posibles efectos colaterales. El objetivo de estas precauciones es identificar rápidamente nuevos efectos secundarios, diferentes a los de la vacuna tradicional. El seguimiento detallado de las reacciones secundarias permitió identificar en Canadá un aumento de las reacciones alérgicas en un lote específico de estas nuevas vacunas, retirándose inmediatamente del mercado.

El debate público que ha habido en Europa y Estados Unidos, en relación al uso de nuevos tipos de vacuna ha sido intenso tanto en la generación de nuevos conocimientos objetivos como en la aparición de opiniones, muchas veces subjetivas y sin respaldo científico. De esta forma, se ha constituido en un deber de las sociedades científicas el comunicar en forma objetiva la información respaldada por estudios científicos, que garantice la seguridad para la población, y por otro lado valorar en su mérito las opiniones que se generan con cualquier introducción de nuevos avances tecnológicos y científicos.

Estrategia chilena. Las principales decisiones a tomar en la definición de una estrategia para controlar la influenza se focalizaban en dos grandes áreas:

- a) qué vacuna utilizar
- b) qué grupos de la población vacunar.

En relación a la vacuna a utilizar en nuestro país, el Ministerio de Salud tomó la decisión de utilizar la vacuna tradicional (producida en huevos) con la cepa predominante en la comunidad, es decir influenza A H1N1. Esta vacuna no difiere en su metodología de producción a la vacuna que año a año se utiliza para controlar la influenza estacional. La única diferencia es que en vez de tener tres cepas de influenza, como es la vacuna estacional, esta contiene sólo una (AH1N1) ya que se anticipa que esta será la cepa predominante en la estación invernal.

Existe también disponible en el país una vacuna estacional con tres cepas una de las cuales es la AH1N1.

Si bien el Instituto de Salud Pública autorizó el registro de vacunas contra influenza producidas con las nuevas tecnologías, estas no están consideradas para el uso en la vacunación ministerial.

Respecto a los grupos de la población a vacunar, la decisión se ha basado en la experiencia adquirida durante el año 2009, la que cuenta con el respaldo de extensos estudios epidemiológicos. En estos se determinaron los grupos de la población que son más vulnerables a una infección grave y a morir como consecuencia de la influenza. De esta forma se estableció que debían vacunarse los niños menores de dos años, las embarazadas con más de 13 semanas de gestación, las personas con enfermedades crónicas y los mayores de 65 años.

Adicionalmente se consideraron dos circunstancias que revisten especial importancia.

La primera, vacunar al personal de salud para evitar que sean vehículo de contagio a pacientes de mayor riesgo o debilitados, a los que cuidan y con quien tienen contacto permanente. Esta vacunación se realiza todos los años y es parte de la responsabilidad del personal de salud de no ser una fuente de transmisión.

La segunda se refiere a las especiales condiciones sociales en algunas regiones producto del terremoto del 27 de febrero del 2010. La destrucción de hogares de miles de familias, tienen como consecuencia la habilitación de albergues o el aumento de personas en una misma casa. La destrucción de escuelas puede conducir también a mayor precariedad y número de alumnos por sala. Estas condiciones de mayor hacinamiento facilitan la transmisión y podrían producir una epidemia de mayor magnitud, en un sistema de salud que tiene daños en su infraestructura y capacidad de respuesta.

Nuestra historia en política de prevención de enfermedades contagiosas. Chile cuenta con un alto prestigio y credibilidad en la adopción de políticas de prevención de enfermedades infecciosas, basado en un sistema bien articulado de toma de decisiones, en la asesoría de profesionales calificados y en un personal de salud que responde abnegadamente. Hoy en día, en el control de la influenza A H1N1, contamos con ventajas respecto a epidemias anteriores:

un largo proceso de preparación, que nos ha permitido contar con un plan nacional de pandemia, manuales para los profesionales de salud y material educativo, incluyendo páginas web dedicadas al tema; reservas de antivirales y de equipos de protección personal, que fueron adquiridas como parte de la etapa de preparación; un sistema de salud con experiencia en manejo de brotes estacionales invernales de virus respiratorio sincicial e influenza, que muchas veces han requerido la respuesta conjunta de los sectores público y privado; antibióticos contra neumonías bacterianas secundarias y mejor manejo del paciente crítico. Otra ventaja es la vigilancia epidemiológica y virológica, que se ha expandido fuertemente en los últimos años. Es claro que aún con todos estos avances, no hay ningún país que pueda evitar la transmisión y los efectos de un virus pandémico. La pandemia efectivamente ha sido más benigna que lo que se esperaba y esa es una buena noticia que no ha sido ocultada, sin embargo el riesgo para algunos grupos más vulnerables es una realidad que requiere nuestra atención y acción. El uso de una vacuna es una herramienta más en el esfuerzo de focalizarse en la atenuación de su impacto.

Ninguna vacuna es 100% segura ni 100% efectiva. Siempre existen algunos efectos adversos y fallas en su eficacia. Sin embargo, las vacunas genéricamente hablando, son el instrumento sanitario que ha salvado más vidas en la historia de la humanidad, junto con las medidas sanitarias ambientales: agua potable, alcantarillado, vivienda saludable, educación, etc. La erradicación de la Viruela, Sarampión, Poliomieltis son ejemplos de su eficacia.

Respaldo y compromiso. La Sociedad Chilena de Infectología respalda las estrategias establecidas por las autoridades de salud durante los años 2009 y 2010 para el control de la influenza A H1N1 y manifiesta su compromiso de seguir colaborando en la toma de decisiones y en la entrega de información significativa a la comunidad.