

INMUNIZACION ANTIHEPATITIS B *

R. Rodríguez, C. Herreras, C. Guixot, E. Reviriego

Hospital del Aire. Madrid

La infección por el virus B de la hepatitis es una de las principales causas de morbilidad en las unidades de Hemodiálisis. Constituye una entidad clínica de gran importancia tanto por su elevada incidencia; se acepta que existen en el mundo 200.000.000 de portadores y que en EE.UU. 200.000 personas presentan cada año infección por el virus B, como por sus consecuencias patológicas. 25 % presentan hepatitis clínica y un 80 % quedan en situación de portadores crónicos.

Consideramos personal de alto riesgo a: pacientes en HD, personal sanitario (HD, cirugía, banco de sangre y UVI), familiares de portadores, drogadictos y homosexuales. Varios factores han influido en el mejor conocimiento y control de la hepatitis B:

1. Descubrimiento de marcadores serológicos de la hepatitis B.
2. Utilización de equipos desechables.
3. Medidas de aislamiento.
4. Inmunización pasiva mediante el empleo de inmunoglobulina específica.
5. Inmunización activa mediante el empleo de la vacuna.

El inicio de la obtención de la vacuna surgió a raíz de la demostración de que el suero de personas Ag Hbs positivo inactivado por el calor era capaz de producir una respuesta inmunitaria, no era infeccioso y producía protección parcial frente al virus. De esta forma se han llegado a purificar cantidades importantes de Ag y mediante la utilización de diferentes métodos se consiguió purificar el Ag Hbs e inactivar cualquier residuo infeccioso del virus.

La pauta más utilizada es la de aplicar 2 dosis intramusculares de 20 mcg con un intervalo de 1 mes y una 3.ª dosis a los 6 meses de la 1.ª inyección. En los pacientes inmunodeprimidos (HD) se suele utilizar una dosis de 40 mcg. Con esta pauta la mayoría de las series han conseguido tras la 2.ª dosis respuesta positiva en el 75-85 % de los vacunados; este porcentaje aumenta al 95 % tras la 3.ª dosis de Ag.

En general las reacciones secundarias son de escasa importancia y pasajeras, siendo las más destacables: febrícula, dolor local en el lugar de la inyección y mialgias. Sin embargo no hay diferencias significativas entre la incidencia de efectos secundarios en estudios doble ciego entre grupos vacunados y grupos placebo.

MATERIAL Y METODOS

Hemos iniciado el protocolo vacunal en 9 pacientes de HD y 10 miembros de personal sanitario de Nefrología. Los criterios de inclusión en dicho protocolo fueron: edad, entre 16-60 años. Transaminasas normales. Ausencia de marcadores serológicos del virus de la hepatitis B. Ausencia de embarazo y consentimiento informado por escrito.

La edad de los pacientes estaba comprendida entre 27 y 63 años. El tiempo de permanencia en HD oscilaba entre un mes y cuatro años. La patología de base en 7 casos era nefropatía glomerular, en 1 nefropatía intersticial y en el caso restante una poliquistosis renal. En el grupo personal sanitario (PS) la edad estaba comprendida entre 19 y 53 años, con un tiempo de permanencia en la unidad entre 5 meses y 10 años. Las características de dicho grupo eran las siguientes:

- personal de staff, 2;
- ATS, 4;
- sanitarios, 2;
- familiares, 2.

La pauta utilizada por nosotros ha sido la siguiente: pacientes 20 mcg/dosis, personal 10 mcg/dosis, esto corresponde a la mitad de la dosis habitualmente manejada, en un intento de conseguir la mínima dosis eficaz. Se administraron 2 dosis a los tiempos T_0T_1 y la tercera dosis a T_3 en un intento de conseguir una respuesta inmune más temprana. Se han realizado controles serológicos a $T_0T_3T_6$ y T_9 , estudiándose la respuesta inmune tanto en porcentaje de seroconversión como en títulos de Ac alcanzados. Como parte final del estudio se valora la incidencia de reacciones secundarias en los dos grupos.

RESULTADOS

En el grupo de personal sanitario a T_6 un 20 % del grupo estudiado no forma Ac frente a un 80 % que presenta respuesta positiva sobre todo a expensas de títulos medios. En el grupo de pacientes la respuesta fue sensiblemente inferior con un 55,5 % de respuesta negativa y un 33,3 de respuesta positiva a títulos medios. Se demuestra una diferencia significativa en relación con seroconversión positiva a favor del grupo de personal (100 % a expensas de sexo femenino) frente a una pobre respuesta en el grupo de pacientes.

La respuesta según el sexo muestra diferencias en el grupo PS a favor de los varones (100 % sobre 60 %). En el grupo de pacientes estas diferencias no son importantes. No existiendo tampoco entre hembras y varones en relación con el título de Ac alcanzado, ni según la edad y tiempo de permanencia en HD.

Se ha intentado relacionar la respuesta inmune con la patología de base, no encontrándose ninguna correlación que asumimos pueda estar condicionada por la cuantía de la muestra.

La incidencia de efectos secundarios ha sido mínima y de escasa importancia en el grupo de pacientes; tras la primera dosis un 22 % presentó ligera febrícula y un 11 % dolor local en el sitio de la inyección. Resultados similares se han encontrado en el grupo PS y en ninguno de los dos grupos tras la tercera dosis se evidenciaron efectos adversos.

CONCLUSIONES

- 1) Consideramos adecuada la vacunación antihepatitis B en el personal de alto riesgo.
- 2) La pauta utilizada por nosotros (10 y 20 mcg) da una moderada respuesta para PS y pobre para pacientes HD.
- 3) La pauta que aconsejamos es de 3 dosis de 40 mcg en enfermos HD y 20 mcg en PS en los tiempos T_0 T_1 y T_6 .
- 4) Con esta pauta se consigue un 75-85 % de inmunización en la 2.^a dosis que se eleva al 92-95 % tras la 3.^a dosis con aumento del título de Ac.
- 5) No hay diferencias de respuesta en cuanto a edad, tiempo en HD y nefropatía de fondo.
- 6) La respuesta en la literatura es mejor en el sexo femenino, aunque en nuestra serie corresponde al sexo masculino.
- 7) Escasas reacciones secundarias y de mínima importancia.
- 8) Consideramos la vacuna de la hepatitis B extraordinariamente eficaz, produciendo un 90-95 % de inmunizaciones.