

COMUNIDAD AUTONOMA
DE LA REGION DE MURCIA
CONSEJERIA DE SANIDAD,

Boletín Epidemiológico de Murcia

DIRECCION REGIONAL DE SALUD

Vol. 9 Nº 426. Pág. 111-118

Datos correspondientes a las semanas nº 47 y 48

Período comprendido entre el 22 de noviembre y el 5 de diciembre de 1987

Sección de Epidemiología - Ronda Levante, 11. 30008-MURCIA - Telfs.: 24 52 12 / 23 08 50

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS HEPATITIS VIRICAS. REGION DE MURCIA 1986. MEDIDAS DE CONTROL

El Sistema de Información Sanitaria de las Enfermedades de Declaración Obligatoria monitoriza la incidencia de hepatitis víricas (CIE-070). En esta rúbrica se incluyen las hepatitis víricas tipo A, B, NoA-NoB y las no especificadas, excluyéndose las hepatitis víricas de la enfermedad con inclusiones citomegálicas.

Durante 1986 han sido notificados 520 casos de hepatitis vírica en la Región de Murcia lo que da una tasa de 51,28 casos por 100.000 hab. En el mismo período en España habían sido comunicados 44.891 casos (tasa de 112,94), lo que supone una incidencia 120%, superior a la encontrada en Murcia.

TABLA I

INCIDENCIA DE HEPATITIS VIRICAS
EN LA REGION DE MURCIA Y ESPAÑA.
CASOS NOTIFICADOS Y TASA POR 100.000 HAB. 1982/1986

	1982	1983	1984	1985	1986
MURCIA					
Casos	776	452	621	876	520
Tasa	80,99	47,19	64,83	91,70	51,28
ESPAÑA					
Casos	23.056	30.777	33.930	45.048	44.891
Tasa	60,94	80,77	87,10	114,47	112,94

Fuente: B.E.S. y Registro E.D.O. Murcia.

En la evolución del número de casos y las tasas en Murcia y España en el último quinquenio (Tabla I) se observa un pico de máxima incidencia en Murcia en el año 1985, con un descenso importante en 1986 (40,6%). Para España se observa un incremento importante desde 1982 con una estabilización en el último año.

Distribución comarcal y municipal:

A nivel comarcal se observan fluctuaciones muy amplias (Tabla II) que pueden deberse a la baja población de alguna de ellas y estar influidas también por su cobertura y calidad de información. Las comarcas que presentan una incidencia superior a la media regional son Mula, Noroeste, Lorca y Cartagena. La Comarca de

Cieza presenta una incidencia similar a la regional, estando el resto por debajo de ella.

Los municipios de más de 20.000 habitantes, con una cobertura de información del 63%, presentan una tasa de incidencia de 45,76. Los municipios de menos de 20.000 habitantes, con una cobertura de información del 83%, presentan una tasa de incidencia de 65,39. Si no existieran sesgos en esta cobertura y en la calidad de la información para las hepatitis víricas, esto indicaría que el riesgo en los municipios menores de 20.000 habitantes casi duplica al de los mayores de 20.000.

TABLA II

INCIDENCIA DE HEPATITIS VIRICAS EN LA REGION DE MURCIA
DISTRIBUCION POR COMARCAS

COMARCA	CASOS	T A S A	COBERTURA (%)
NOROESTE	45	68,4	81
ALTIPLANO	16	33,4	82
LORCA	79	65,6	73
CARTAGENA	145	58,0	62
MULA	38	193,0	85
ALCANTARILLA	13	29,2	99
CIEZA	24	50,4	92
MOLINA	32	38,1	89
FORTUNA/ABANI.	8	29,3	76
MURCIA	120	38,4	75
> 20.000 Hab.	334	45,8	63
< 20.000 Hab.	186	65,4	83
TOTAL REGION	520	51,3	76

A nivel municipal es aún más difícil interpretar los datos encontrados por acrecentarse los problemas mencionados anteriormente. De todas maneras existen dos municipios con incidencia ampliamente superior a la regional en los que se puede estimar que ha existido un período de alta incidencia (Campos del Río, 19 casos, tasa 928,6 y Calasparra 35 casos, tasa de 403,3).

Enfermedades (según lista de EDO) O. 26-11-1985	Código C.I.E. - O.M.S. (1975)	Casos declarados semana 47		Casos acumulados semana 47		Mediana 80-86	
		1987	1986	1987	1986	Semana 47	Acumul.
Fiebre tifoidea	002	0	1	104	144	2	176
Disentería	004	0	5	21	59	0	94
5 Toxi-infec. alimentaria	003-005	0	2	679	679	4	679
5 Procesos diarreicos	006-009	1.823	1.583	83.992	78.245	971	55.383
5 I.R.A. inf. resp. aguda	460-466	13.941	13.237	476.998	419.813	6.279	178.292
Gripe	487	1.975	2.635	117.897	152.240	1.836	86.447
5 Neumonía	480-486	61	10	2.499	607	5	251
Tuberculosis respiratoria	011-012	2	2	178	178	2	134
Sarampión	055	0	6	346	1.643	6	1.857
Rubeola	056	6	13	1.006	5.414	13	3.304
Varicela	052	39	89	13.142	10.654	42	10.349
Escarlatina	034.1	15	5	580	292	5	222
Brucelosis	023	2	0	89	107	0	202
5 Sífilis	091	0	1	32	59	1	54
5 Infección gonocócica	098.0,098.1	2	20	205	725	9	725
Infección meningocócica	036	4	2	107	98	2	124
Hepatitis	070	5	12	394	484	12	578
Parotiditis	072	3	10	386	1.989	49	2.956
Tosferina	033	2	23	193	1.676	23	1.676
* Otras meningitis	047.9,320.8	4	1	81	95		
* Otras tuberculosis	013-018	0	0	8	6		
* Otras E.T.S.	099-131	7	0	795	0		

* En estas enfermedades no se puede calcular la mediana por ser de notificación posterior a 1982

5 Datos correspondientes al último quinquenio

Distribución comarcal de los casos de enfermedades de declaración obligatoria (semana 47 de 1987)

Comarca		Noroeste 65.497	Altiplano 47.643	Lorca 119.467	Cartagena 249.598	Mula 19.656	Alcantar. 44.410	Cieza 47.539	Molina 83.626	Fort/Ab. 27.255	Murc. Cap. 309.504
Tasa: 1 caso por 100.000 h.		1,52	2,09	0,83	0,40	5,08	2,25	2,10	1,19	3,66	0,32
Fiebre CA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifoidea AC	8	4	9	52	0	0	1	9	6	0	15
Disentería CA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AC	2	0	2	7	0	0	2	0	3	0	5
Toxi-infec. CA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alimentaria AC	60	30	68	157	6	24	11	57	8	258	
Procesos CA	80	204	465	275	10	46	90	142	61	450	
Diarreicos AC	5.862	9.452	5.940	18.768	855	3.017	5.097	9.758	3.092	22.151	
I.R.A. CA	616	1.621	1.060	2.887	114	832	608	1.475	676	4.052	
In. resp. aguda AC	23.598	47.822	38.383	107.856	3.108	26.068	34.180	47.247	19.622	129.114	
Gripe CA	83	29	300	425	45	89	59	355	34	556	
AC	7.931	4.691	15.313	21.485	2.001	6.099	5.931	18.357	4.406	31.683	
Neumonía CA	2	7	9	6	1	1	4	10	4	17	
AC	201	286	480	253	16	68	115	337	47	696	
Tuberculosis CA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	
Respiratoria AC	6	2	26	50	2	7	6	11	1	67	
Sarampión CA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
AC	12	65	24	60	6	67	44	22	10	36	
Rubeola CA	0	0	0	2	1	0	0	0	0	3	
AC	90	77	115	133	44	19	25	128	67	308	
Varicela CA	6	4	0	7	0	0	5	8	0	9	
AC	714	1.117	1.957	994	422	548	392	1.916	473	4.609	
Escarlatina CA	10	0	0	1	0	0	0	0	0	4	
AC	438	0	4	45	0	1	4	34	8	46	
Brucelosis CA	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
AC	10	3	20	20	3	3	9	5	4	12	
Sífilis CA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
AC	1	1	3	8	2	2	2	2	0	11	
Infección CA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	
Gonocócica AC	21	6	28	67	8	10	8	25	4	28	
Infección CA	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	
Meningocócica AC	4	3	5	30	7	7	3	3	2	43	
Hepatitis CA	0	0	0	1	0	1	1	0	0	2	
AC	11	10	53	117	3	20	59	30	2	89	
Parotiditis CA	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	
AC	12	25	51	71	12	23	10	78	6	98	
Tos CA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
Ferina AC	53	3	12	30	1	19	0	22	2	51	
Otras CA	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	
Meningitis AC	3	0	11	7	4	5	3	12	3	33	
Otras CA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tuberculosis AC	0	0	0	5	0	0	0	0	0	3	
Otras E.T.S. CA	1	1	0	3	0	0	0	2	0	0	
AC	154	26	22	288	7	22	55	79	14	128	

CA = nº de casos en esta semana

AC = nº de casos acumulados desde la primera semana del año.

Estado de las enfermedades de declaración obligatoria de baja incidencia

Enfermedades (Según lista de E.D.O.) O. 26-11-1985	Código C.I.E. - O.M.S. (1975)	Casos declarados semana 47		Casos acumulados semana 47	
		1987	1986	1987	1986
Carbunco	022	0	0	5	1
5 Hidatidosis	122	0	0	2	1
5 Fiebre exant. mediterránea	082.1	0	0	25	22
Fiebre reumática	390-392	3	1	130	73
5 Leishmaniasis	085	0	0	1	4
Tétanos	037-771.3	0	0	1	2

De las restantes no se ha recibido ninguna notificación en este año.

Notificación nominal. Diagnóstico etiológico:

De los 520 casos notificados numéricamente se han recibido 205 encuestas nominales (39,4%), siendo una de las rúbricas con menor porcentaje de cumplimentación de la notificación nominal. Sobre las 205 encuestas recibidas, no consta el diagnóstico en 100 casos (48,7% sobre las encuestas y 19,2% sobre el total, lo que supone que en un 79,8% de los casos no se conoce el diagnóstico etiológico). Se notifica una hepatitis como tipo A en 77 casos (37,5% sobre las notificaciones nominales, 14,8% sobre el total), tipo B en 25 casos (12,2% y 4,8%) y hepatitis noA-noB en 3 casos (1,5% y 0,6% respectivamente). A la vista de estos datos, no realizamos el estudio desagregado, según la etiología, por poder conllevar sesgos muy importantes.

Fuente de Información:

Un 57,1% (116 casos) de las notificaciones nominales procedían de médicos de Asistencia Primaria, 29,2% (60 casos) del Hospital Naval, 8,3% (17) de la C.S. "Virgen de la Arrixaca", 4,4% (9) del Hospital General, 0,48% (3) del Centro penitenciario de Cartagena, Hospital S^a Rosa de Lima y de un comunicante no sanitario.

Distribución por edad y sexo:

La razón global de masculinidad es de 3,1. En los casos de hepatitis A es de 6,7, tipo B de 2,6. Si excluimos las notificaciones procedentes del H. Naval queda la razón global en 1,9, para la hepatitis A de 2,94 y tipo B de 2,14.

De forma global los rangos de edad con mayor incidencia notificada serían de 20 a 24, 15 a 19 y 5 a 9 años. Si excluimos las notificaciones procedentes del Hospital Naval los rangos de edad más afectados serían los dos últimos, al reducirse el de 20/24 a 18,7 por 100.000 habitantes.

TABLA III
DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE LOS CASOS DE HEPATITIS VIRICAS REGION DE MURCIA. TASA POR 100.000 HAB. 1986.

EDAD	VARON	MUJER	TOTAL	(%)	TASA		
0/4	4	3	7	3,4	7,7		
5/9	12	12	24	11,7	25,8		
10/14	12	6	18	8,7	19,2		
15/19	35	7	42	20,4	47,7		
20/24	55	4	59	28,8	78,9		
25/29	7	4	11	5,3	18,2		
30/39	13	4	17	8,2	15,7		
40/49	7	0	7	3,4	6,3		
50/59	6	3	9	4,4	8,5		
60 y +	1	5	6	2,9	4,5		
N.C.	3	2	5	2,4			
Total nominal	155	75,6%	50	24,3%	205	100,0	20,21
Total numérico					520		51,28

Fuente: Registro E.D.O.

Comentarios:

Parece existir una disminución de la incidencia de hepatitis víricas en Murcia en 1986 con respecto a 1985 ya que, habiéndose aumentado la cobertura de la información en un 2% en 1986 y habiéndose introducido los

partes llegados con retraso por primera vez ese año (lo que supuso un aumento del 11,3% del número de casos), se ha observado un descenso del 40,6% con respecto a 1985).

Con respecto a España, el aumento progresivo de las tasas estatales de incidencia puede ser que esté en relación con una mejora de la calidad del Sistema EDO (cobertura y validez). La gran diferencia encontrada con nuestra Región se debe en gran parte a la alta incidencia notificada por la C.A. de Madrid, ya que si calculamos la tasa para España excluyendo dicha C.A. para el año 1986 (73,4) la diferencia se reduce de un 120% a un 43% (Tabla IV). Este ejemplo ilustra la dificultad de establecer comparaciones entre territorios distintos sin conocer de forma pormenorizada la cobertura de la información, los criterios diagnósticos y las actividades de mejora que se llevan a cabo. El aumento en las notificaciones en la C.A. de Madrid se ha producido desde que se puso en marcha el programa de vacunación antihepatitis B (según la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de dicha C.A.).

TABLA IV
INCIDENCIA DE HEPATITIS VIRICAS. 1984/86

		1984	1985	1986
ESPAÑA	Tasa	87,1	114,5	112,9
C.A. MADRID	Tasa	115,6	332,6	438,9
ESPAÑA ^(*)	Tasa	86,5	89,2	73,4
MURCIA	Tasa	64,8	91,7	51,3

(*) España menos C.A. Madrid.

Fuente: B.E.S y Registro E.D.O. Murcia. Elaboración propia.

De todas formas el alto porcentaje de hepatitis asintomáticas y anictéricas, unido a la posible infranotificación de las sintomáticas (el hecho de que sólo cuatro hospitales de la Región hayan notificado casos puede ser un índice de la infranotificación de esta rúbrica), no nos permite inferir resultados de incidencia y es más útil para el conocimiento de la tendencia secular.

Parece observarse la existencia de un mayor riesgo a nivel de los municipios de menos de 20.000 habitantes que puede deberse, en caso de no existir sesgos, a un mayor predominio en la incidencia de hepatitis vírica tipo A ligada a factores de saneamiento ambiental. No se ha analizado dado el bajo porcentaje de notificación, nominal y etiológico, que podría acumular sesgos más importantes y de sentido imprevisible.

Este mismo hecho, baja notificación nominal y etiológica, nos impide realizar un estudio pormenorizado de los diferentes tipos de hepatitis incluidos en esta rúbrica.

Han sido notificados nominalmente un mayor número de casos que afectan a varones; este hecho en parte se debe al alto número de notificaciones procedentes del Hospital Naval del Mediterráneo, que afectan en su totalidad a varones. La afectación por edades parece describir una curva bimodal con un aumento de incidencia en los rangos de edad entre 5 a 9 años y 15 a 24.

PREVENCION

Para el diseño de Programas específicos de Prevención y Control se necesita disponer de una información sobre la frecuencia y distribución de la enfermedad en la población más válida de la que existe en la actualidad, por lo que debe optimizarse la notificación numérica, nominal y etiológica de esta rúbrica.

Hepatitis Vírica Tipo A. Sobre el reservorio:

Es exclusivamente humano. El período de transmisibilidad abarca desde la segunda mitad del período de incubación (media de 30 días) a la primera semana del período clínico sintomático (o la máxima elevación de las transaminasas en los casos anictéricos). Durante este período las medidas se centrarán en la higiene personal y el aislamiento entérico (tratamiento con lejía de las excretas y objetos contaminados con sangre y excretas). Dada la mayor eliminación fecal del virus en el período pre-sintomático, si no existe una buena práctica de higiene de base estas medidas pueden ser ineficientes.

Sobre los mecanismos de transmisión:

Se basan en: a) Control sanitario del abastecimiento de agua potable y evacuación higiénica de excretas y basuras, a evaluar periódicamente por las autoridades municipales. b) Control de la cadena alimentaria, sobre todo de aquellos que se ingieran crudos. c) Educación higiénico-sanitaria de los manipuladores de alimentos y consumidores. En el caso específico de los casos ocurridos en ambiente escolar debe extremarse la información-educación, la disponibilidad de material de aseo corporal en los servicios colectivos y su adecuado uso (papel, jabón, toallas de un solo uso, secadores de manos). Está informada la transmisión sexual, sobre todo en homosexuales. Dado que la viremia es corta y no existen portadores crónicos, aunque no se realice cribaje en las extracciones, la incidencia de hepatitis tipo A postransfusional es anecdótica.

Sobre el huésped susceptible. Inmunización pasiva:

El uso de gammaglobulina inespecífica a dosis de 0.02 ml/kg. de peso, intramuscular, dosis única, dentro de los primeros 15 días tras el contacto o contagio parece que confiere una protección frente a la enfermedad (de tres meses de duración), o conlleva una mayor frecuencia de hepatitis anictéricas (en algunos estudios se ha observado la persistencia de altos títulos de anticuerpos durante más de este tiempo). Por ello su uso estaría restringido a las personas, susceptibles, que convivan en el ámbito familiar o tengan un contacto íntimo con el enfermo (se considera que en las actuales circunstancias la mayor parte de los adultos estarían inmunizados y por ello no serían susceptibles). Como profilaxis pre-exposición estaría indicada exclusivamente en aquellas personas susceptibles que viajen a zonas de alta endemia.

Inmunización activa:

Se ha logrado cultivar el virus de la hepatitis A, por lo que es previsible que esté disponible en un futuro próximo.

Hepatitis Vírica Tipo B. Sobre el reservorio:

Es humano exclusivamente. El período de transmisibilidad abarca desde varias semanas antes del inicio de los síntomas (60 a 90 días) y persiste mientras exista HBs Ag en sangre (sobre todo si se detecta HBe Ag, que indica una replicación vírica activa) ya que existe el estado de portador crónico-asintomático. Las infecciones inaparentes son frecuentes (en torno al 60%) sobre todo en la infancia, inmunodeficiencias y hemodiálisis. En todos ellos es más frecuente el paso a portador crónico (globalmente se estima en torno a un 10% de los sujetos afectos de hepatitis B clínicas pasarán a portadores crónicos, de los que un 75% serán asintomáticos).

Sobre este colectivo sólo cabe la detección de portadores crónicos asintomáticos con el fin de vacunar a las personas susceptibles de su entorno (pareja sexual e hijos, sobre todo en el momento del parto) y proporcionarles información-educación sanitaria sobre las medidas a adoptar para disminuir el riesgo de transmisión de la infección en su entorno (ver más adelante). De todas maneras, dada la existencia de portadores crónicos asintomáticos, tras infección inaparente, y la infectividad en el período pre-clínico, si no existe un hábito higiénico de base estas medidas pueden ser ineficientes.

Sobre los mecanismos de transmisión:

Se basan también en la información y educación sanitarias: a) Recomendación del uso del preservativo en las relaciones sexuales con personas con prácticas de riesgo no vacunadas. b) Uso individual de los objetos que puedan vehicular la infección (jeringuillas, máquina de afeitar, capillo de dientes...). Realización de tatuajes y perforación de pabellones auriculares con material estéril. Estas mismas medidas de protección deben cuidar que sean llevadas a cabo por los portadores crónicos de Hbs Ag, al ser ellos potencialmente infectantes, además se les debe recomendar la limpieza con lejía de los objetos y superficies contaminados con su sangre y comunicar su estado de portador al acceder a cualquier tipo de servicio sanitario u otro servicio en que exista riesgo exposición de otras personas a material contaminado.

En cuanto a los Servicios Sanitarios, deberán extremarse las precauciones de uso y esterilización del material susceptible de ser vía de transmisión y de forma muy especial asegurarse de la completa destrucción del material no reutilizable con seguridad para sus manipuladores y sin que puedan tener acceso terceras personas. Sin olvidar la formación del personal sanitario, la instauración de normas tendentes a disminuir su riesgo laboral y el control de su cumplimiento. La sangre y los productos derivados, susceptibles de ser vehículo de infección, son analizados antes de utilizarse; de todas formas debe valorarse su uso ya que no están exentos de riesgo debido a que la sensibilidad de las pruebas empleadas, aunque cercana, no es del 100%.

Sobre el huésped susceptible:

Además de las medidas de información expuestas anteriormente se dispone de medida de prevención basadas en la inmunización.

NORMAS SOBRE LA INMUNIZACION CONTRA LA HEPATITIS TIPO B

Inmunización pasiva:

La gammaglobulina sérica inespecífica es poco útil ya que los niveles de Hbs Ac que contiene varían entre un lote y otro, y son bajos en general. Por ello debe recomendarse el uso de gammaglobulina específica antihepatitis B, elaborada a partir de portadores de Hbs Ac, a dosis de 0.5 ml. en las primeras 24 horas tras la exposición. Su eficacia no excede al 75%. La administración, de forma exclusiva, de dos dosis de gammaglobulina separadas por un intervalo de un mes es más cara globalmente y de duración más limitada que asociar la primera dosis de gammaglobulina con el inicio de la pauta vacunal; esta última sería la opción a elegir. Su uso, de todas maneras, estaría restringido a los recién nacidos de madre portadora y profilaxis posexposición.

Inmunización activa:

En la actualidad existen 2 tipos de vacunas: las elaboradas a partir del plasma de portadores de Hbs Ag (Laboratorio Pasteur y M.S.D.) y las elaboradas por técnicas de ingeniería genética (S.K.F.). En ambos casos están compuestas de antígeno de superficie de la hepatitis B. En el caso de las derivadas de plasma no se ha demostrado que contengan ningún tipo de agente infeccioso conocido. A raíz de la experimentación de su eficacia en homosexuales, coincidente con el tiempo en que se inició la propagación del SIDA (para el que son grupo de riesgo), existió el temor de que pudieran ser un vehículo de propagación, temor que no ha sido comprobado. En la actualidad, no existen datos que indiquen que la vacuna recombinante es potencial o realmente más segura que la derivada de plasma.

Estas vacunas inoculadas en sujetos sanos susceptibles son altamente inmunógenas, inducen la aparición de anticuerpos (Hbs Ac) en un 90%, siendo mayor este porcentaje en los niños y disminuyendo con la edad. Además su eficacia está comprobada.

Posología y modo de administración:

La vacuna elaborada por el Instituto Pasteur se administra en cuatro dosis: una al inicio y el resto al mes, a los dos meses y a los doce meses de la primera dosis. Las vacunas elaboradas por MSD y SKF se administran en tres dosis: al inicio, al mes y a los seis meses. Por el momento se aconseja administrar dosis de recuerdo cada 5 años. La vacuna debe administrarse por vía intramuscular en el deltoides. La administración en la zona glútea induce una menor proporción de seroconversiones. Por lo que, en el caso de los recién nacidos y lactantes, se prefiere la cara anterolateral del muslo (zona superior). La administración de dosis reducidas y la vía intradérmica no están suficientemente experimentadas aún.

Contraindicaciones y efectos secundarios:

No se ha descrito contraindicación alguna. No interfiere con ninguna vacuna (se puede aplicar al mismo tiempo que otras) y no es necesario modificar el calendario de vacunaciones sistemáticas de la infancia. No se dispone de datos sobre la inocuidad de la vacuna para el feto en caso de ser administrada en mujeres embarazadas; sin embargo a priori no debe existir ningún riesgo, pues ambos tipos de vacuna están inactivadas y no contienen partículas de virus vivo. Además, la infección de la madre puede producir infección crónica en el recién nacido, por lo que el embarazo no constituiría una contraindicación para las mujeres en alto riesgo. Los únicos inconvenientes se centran en la aparición de do-

lor o enrojecimiento en el punto de inyección o aparición de una reacción febril en menos del 3% de los casos.

Conservación:

Es una vacuna muy termolábil, debe ser mantenida entre 2°C y 8°C, ya que si no, existe riesgo de pérdida de eficacia. La congelación la inactiva.

Indicaciones:

Por razones de disponibilidad y coste, la vacuna no puede dispensarse en masa, por lo que su uso debe restringirse a los grupos con mayor riesgo de exposición al virus de la hepatitis B. En nuestro medio estos grupos serían:

Personal sanitario y no sanitario, de centros asistenciales, que tengan contactos frecuentes con sangre, hemoderivados o productos contaminados con ella; debiéndose valorar el riesgo en cada caso y no olvidando al personal subalterno, ni al extrahospitalario (odontólogos, laboratorios y personal de extracción de muestras...).

Pacientes expuestos: Por recibir frecuentes transfusiones o derivados de la sangre (hemofílicos, talásmicos y otras hemopatías). En pacientes incluidos en programas de hemodiálisis periódica debe valorarse esta actuación, pero las bajas tasas de seroconversión y títulos de anticuerpos alcanzados obligan a persistir en la vigilancia de la infección y la atención de los pacientes infectados en unidades separadas. También debe contemplarse la vacunación en aquellas instituciones cerradas que acojan a pacientes afectos de retraso mental en donde se haya demostrado una elevada prevalencia de marcadores serológicos de infección.

Familiares de portadores crónicos: Son candidatos a la vacunación las parejas sexuales de los portadores crónicos de la Hepatitis B (Hbs Ag positivos) que sean susceptibles, sobre todo en el caso en que se demuestre una replicación vírica (Hbe Ag positivo) en el portador. Asimismo, deben vacunarse los hijos recién nacidos de las mujeres Hbs Ag positivo (independientemente del resultado del Hbe Ag).

Otros grupos de riesgo: El hecho de practicar actividades de riesgo para la adquisición de la infección por virus de la Hepatitis B puede aconsejar la vacunación de estas personas. En estos colectivos se encuadrarían los homosexuales masculinos activos, heterosexuales con múltiples parejas y adictos a drogas por vía parenteral. En el caso de estar ya infectados valorar la vacunación de su pareja sexual estable. Otros colectivos deberían ser valorados de forma más individualizada como son los internos y funcionarios de centros penitenciarios, personal de limpieza urbana, policía, bomberos...

ACTUACION PRACTICA

Establecida la indicación de la vacunación, es conveniente advertir al individuo que puede hallarse en el período de incubación de la enfermedad. La aparición de síntomas posteriores no debe ser asociada a un contagio producido por la vacuna (en ciertos casos valorar la administración de gammaglobulina hiperinmune, ver más adelante). La protección vacunal no se alcanza hasta transcurridas varias semanas del inicio de la vacunación (posterior a la segunda dosis) por lo que deberán tener especial cuidado en adoptar las medidas generales de prevención.

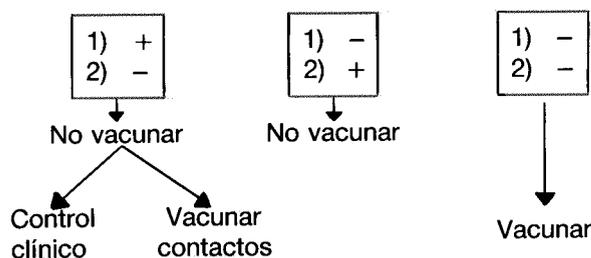
Aunque la vacuna no produzca reacciones adversas en las personas ya infectadas por el virus de la Hepatitis B, razones de disponibilidad y coste hacen aconsejable realizar un estudio serológico prevacunacional:

El Real Decreto 3179/83 de 23 de noviembre, por el

que se regula el suministro, la distribución, prescripción y control de la administración de la vacuna contra la hepatitis B, establece como requisito previo la realización de Hbs Ag, Hbc Ac y Hbs Ac. La positividad del Hbc Ac indica contacto previo con el virus. La positividad del Hbs Ag determina el estado de no susceptibilidad de la persona y nos permite, además de realizar el seguimiento clínico oportuno de ellos, identificar a los sujetos portadores, con la posibilidad de indicar la vacunación a sus parejas sexuales, en el caso de que sean susceptibles. El uso del Hbs Ac como indicador de inmunidad y selección de sujetos a vacunar en las actuales circunstancias es secundario, ya que un porcentaje de estos sujetos posee anticuerpos de tipo IgM que son transitorios y no producirían inmunidad duradera y el bajo porcentaje de sujetos con este marcador positivo exclusivamente no proporciona disminución apreciable de los costes.

ESQUEMA DE ACTUACION PRACTICA

1) Hbs Ag · 2) Hbc Ac



La realización de dichas pruebas serológicas en nuestra Región se hará en los laboratorios acreditados (Ciudad Sanitaria "Virgen de la Arrixaca", Hospital General, Hospital Santa María del Rosell y Hospital Naval del Mediterráneo).

Una vez realizadas las pruebas serológicas y con un informe (tipo P-10) que justifique la indicación, el sujeto deberá ser derivado a la Sección de Epidemiología de la Dirección Regional de Salud de la Consejería de Sanidad, Ronda de Levante, 11 (Tfno. 23 08 50, ext. 1429) para la evaluación de la indicación y autorización de la compra de la vacuna. Dicha compra estará financiada por el mismo individuo (para lo que deberá aportar, en caso de estar adscrito a la Seguridad Social, la correspondiente receta de su médico de Asistencia Primaria) o por la Institución donde preste sus servicios.

Salvo casos excepcionales, debido a las condiciones de conservación, la administración de la vacuna se realizará en el departamento de vacunas de esta Consejería de Sanidad (Ronda de Levante, 11 Murcia, telf. 23 08 50, ext. 1458) o en el centro sanitario donde preste sus servicios.

El Real Decreto, anteriormente mencionado, establece la realización de la determinación de Hbs Ac un mes después de haber administrado la última dosis de vacuna, con el fin de confirmar la seroconversión. Esto es especialmente aconsejable al personal sanitario, ya que los sujetos que no presenten seroconversión deberán ser tratados como susceptibles en caso de exposición futura a material contaminado. A las personas que no posean niveles suficientes de Hbs Ac en esta determinación (es decir, niveles inferiores a 10μ en RIA o negativo en ELISA) se les administrará otra dosis de vacuna. En caso de no seroconversión tras esta última, deben ser considerados susceptibles si existiera exposición accidental.

Vacunación de recién nacidos hijos de madre portadora:

Se aconseja realizar la determinación de Hbs Ag en el tercer trimestre del embarazo, sobre todo si existen factores de riesgo. En los casos detectados se procederá a informar del hecho al personal sanitario del centro donde se produzca el parto para proceder a la inmunización del recién nacido y adoptar las debidas precauciones.

Se aconseja que ésta se realice con gammaglobulina hiperinmune administrada en las 24 horas siguientes al parto y la primera dosis de vacuna, inyectada simultáneamente en un lugar distinto del cuerpo, para lo cual los Servicios de Obstetricia hospitalarios deberán proveerse del stock necesario. A posteriori se remitirá el protocolo prevacunacional del recién nacido a la Sección de Epidemiología, que aprobará la adquisición de nuevas vacunas para reponer el stock. La continuación del protocolo vacunal (que no interfiere las vacunas sistemáticas de la infancia) puede realizarse en el propio hospital o derivarse al departamento de Vacunaciones de la Consejería de Sanidad.

Profilaxis post-exposición (tras inoculación accidental):

En caso de ser un sujeto no vacunado.

Fuente de infección Hbs Ag positiva o desconocida pero de alto riesgo:

Administrar gammaglobulina hiperinmune en las primeras 24 horas tras el hecho e indicar la vacunación anti-hepatitis B.

Fuente de infección desconocida pero de bajo riesgo: Valorar el inicio de la vacunación anti-hepatitis B.

Fuente de infección Hbs Ag negativo: No es necesario adoptar ninguna medida.

En caso de ser un sujeto vacunado.

Fuente de infección Hbs Ag positiva o de alto riesgo:

Practicar Hbs Ac al sujeto accidentado, en caso de ser el nivel menor a 10^{μ} administrar gammaglobulina hiperinmune en las primeras 24 horas y una dosis de vacuna de recuerdo. En aquellas personas, vacunadas, en que se hayan demostrado niveles protectores de anticuerpos en los doce meses previos al accidente, no es necesario realizar ninguna medida.

En todos los demás casos no es necesario realizar ninguna medida.

COMENTARIO FINAL

Los estudios llevados a cabo en USA han encontrado un escaso impacto de la vacunación en la disminución de la incidencia de la enfermedad, y lo atribuyen a los siguientes factores: El mayor porcentaje de dosis de vacunas ha sido administrado a personal sanitario, personal y pacientes ingresados en centros de deficientes y pacientes expuestos a riesgo, que sólo representan un 10% de los casos notificados. La mayoría de los casos de hepatitis aguda tipo B se dan en homosexuales activos, heterosexuales promiscuos, adictos a drogas por vía parenteral y a través de contactos sexuales con portadores crónicos, a los que no han llegado los programas de vacunación. En nuestra Región la situación actual de la extensión del programa de vacunación sería equiparable y, por ello, los esfuerzos por parte de todos los colectivos sanitarios deben dirigirse a la captación de los grupos más expuestos y a la mejora del conocimiento de la situación por medio de unas estadísticas de morbilidad más fiables (EDO).

BIBLIOGRAFIA

Recomendaciones del Comité Consultivo sobre Inmunización (MMWR 23/87) en BMS nº 35-36/87.

Enfermedades (según lista de EDO) O. 26-11-1985	Código C.I.E. - O.M.S. (1975)	Casos declarados semana 48		Casos acumulados semana 48		Mediana 80-86	
		1987	1986	1987	1986	Semana 48	Acumul.
Fiebre tifoidea	002	0	0	104	144	1	178
Disentería	004	0	4	21	63	0	94
5 Toxi-infec. alimentaria	003-005	1	4	680	683	0	683
5 Procesos diarreicos	006-009	1.308	1.423	85.300	79.668	819	56.202
5 I.R.A. inf. resp. aguda	460-466	12.978	12.724	489.976	432.537	5.301	183.593
Gripe	487	2.029	2.840	119.926	155.080	1.818	89.180
5 Neumonía	480-486	36	18	2.535	625	4	255
Tuberculosis respiratoria	011-012	3	5	181	183	2	134
Sarampión	055	3	3	349	1.646	9	1.867
Rubeola	056	3	6	1.009	5.420	11	3.321
Varicela	052	62	133	13.204	10.787	57	10.383
Escarlatina	034.1	16	11	596	303	5	229
Brucelosis	023	0	3	89	110	1	203
5 Sífilis	091	0	0	32	59	0	57
5 Infección gonocócica	098.0,098.1	3	13	208	738	13	738
Infección meningocócica	036	2	0	109	98	2	126
Hepatitis	070	4	4	398	488	7	587
Parotiditis	072	3	12	389	2.001	45	3.043
Tosferina	033	0	61	193	1.737	30	1.737
* Otras meningitis	047.9,320.8	0	1	81	96		
* Otras tuberculosis	013-018	3	0	11	6		
* Otras E.T.S.	099-131	20	0	815	0		

* En estas enfermedades no se puede calcular la mediana por ser de notificación posterior a 1982

5 Datos correspondientes al último quinquenio

Distribución comarcal de los casos de enfermedades de declaración obligatoria (semana 48 de 1987)

Comarca Población	Noroeste 65.497	Altiplano 47.643	Lorca 119.467	Cartagena 249.598	Mula 19.656	Alcantar. 44.410	Cieza 47.539	Molina 83.626	Fort/Ab. 27.255	Murc. Cap. 309.504
Tasa: 1 caso por 100.000 h.	1,52	2,09	0,83	0,40	5,08	2,25	2,10	1,19	3,66	0,32
Fiebre Tifoidea	CA 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AC 8	4	9	52	0	1	9	6	0	15	
Disentería	CA 0	0	0	0	0	0	0	0	0	
AC 2	0	2	7	0	2	0	3	0	5	
Toxi-infec. Alimentaria	CA 0	0	0	0	0	0	1	0	0	
AC 60	30	68	157	6	24	11	58	8	258	
Procesos Diarreicos	CA 87	212	113	213	7	25	60	183	54	
AC 5.949	9.664	6.053	18.981	862	3.042	5.157	9.941	3.146	22.505	
I.R.A. In. resp. aguda	CA 739	1.877	1.137	2.130	108	422	716	1.346	488	
AC 24.337	49.699	39.520	109.986	3.216	26.490	34.896	48.593	20.110	133.129	
Gripe	CA 43	300	376	364	28	40	42	383	40	
AC 7.974	4.991	15.689	21.849	2.029	6.139	5.973	18.740	4.446	32.096	
Neumonía	CA 3	7	8	3	0	0	1	2	0	
AC 204	293	488	256	16	68	116	339	47	708	
Tuberculosis Respiratoria	CA 0	1	0	0	0	0	0	0	2	
AC 6	3	26	50	2	7	6	11	1	69	
Sarampión	CA 0	0	2	0	0	0	0	0	1	
AC 12	65	26	60	6	67	44	22	10	37	
Rubeola	CA 1	0	0	0	1	0	0	0	1	
AC 91	77	115	133	45	19	25	128	67	309	
Varicela	CA 5	9	0	17	0	0	9	11	0	
AC 719	1.126	1.957	1.011	422	548	401	1.927	473	4.620	
Escarlatina	CA 14	0	0	1	0	0	0	0	1	
AC 452	0	4	46	0	1	4	34	8	47	
Brucelosis	CA 0	0	0	0	0	0	0	0	0	
AC 10	3	20	20	3	3	9	5	4	12	
Sífilis	CA 0	0	0	0	0	0	0	0	0	
AC 1	1	3	8	2	2	2	2	0	11	
Infección Gonocócica	CA 0	0	1	1	0	0	0	0	1	
AC 21	6	29	68	8	10	8	25	4	29	
Infección Meningocócica	CA 0	0	0	0	0	0	0	1	1	
AC 4	3	5	30	7	7	3	3	3	44	
Hepatitis	CA 1	0	0	1	0	0	1	1	0	
AC 12	10	53	118	3	20	60	31	2	89	
Parotiditis	CA 0	0	3	0	0	0	0	0	0	
AC 12	25	54	71	12	23	10	78	6	98	
Tos Ferina	CA 0	0	0	0	0	0	0	0	0	
AC 53	3	12	30	1	19	0	22	2	51	
Otras Meningitis	CA 0	0	0	0	0	0	0	0	0	
AC 3	0	11	7	4	5	3	12	3	33	
Otras Tuberculosis	CA 1	0	0	1	0	0	0	0	1	
AC 1	0	0	6	0	0	0	0	0	4	
Otras E.T.S.	CA 2	0	0	10	0	0	2	6	0	
AC 156	26	22	298	7	22	57	85	14	128	

CA = nº de casos en esta semana

AC = nº de casos acumulados desde la primera semana del año.

Estado de las enfermedades de declaración obligatoria de baja incidencia

Enfermedades (Según lista de E.D.O.) O. 26-11-1985	Código C.I.E. - O.M.S. (1975)	Casos declarados semana 48		Casos acumulados semana 48	
		1987	1986	1987	1986
Carbunco	022	1	0	6	1
5 Hidatidosis	122	0	0	2	1
5 Fiebre exant. mediterránea	082.1	0	0	25	22
Fiebre reumática	390-392	0	0	130	73
5 Leishmaniasis	085	0	0	1	4
Tétanos	037-771.3	0	1	1	3

De las restantes no se ha recibido ninguna notificación en este año.

Porcentaje de declaración semanal (semana 47 de 1987)

Total Regional: 77,56%

Municipios con menos del 80,0%:

CARAV. DE LA CRUZ	66,6%	MORATALLA	16,6%
CARTAGENA	51,5%	MURCIA	70,4%
CEUTI	33,3%	OJOS	0,0%
LORCA	46,1%	RICOTE	0,0%

Porcentaje de declaración semanal (semana 48 de 1987)

Total Regional: 71,27%

Municipios con menos del 80,0%:

ALCANTARILLA	0,0%	LORCA	57,6%
CARV. DE LA CRUZ	77,7%	MORATALLA	16,6%
CARTAGENA	40,6%	MURCIA	63,5%
CEUTI	33,3%	SAN JAVIER	75,0%
JUMILLA	62,5%	VILLANUEVA R. SEGURA	0,0%

COMENTARIO EPIDEMIOLOGICO REGIONAL

Otras TBC: En este período han sido notificados 3 casos de otras tuberculosis. Corresponden a un varón de 81 a. de edad con residencia en Cartagena afectado de meningitis tuberculosa; varón de 28 a. de edad con residencia en Murcia y afectado de tuberculosis ganglionar (Ac VIH +, adicto a drogas por vía parental) y una mujer de 13 a. de edad con residencia en Caravaca y afectada de una tuberculosis ganglionar.

Infección Meningocócica: En la semana 47 han sido comunicados 4 casos de infección meningocócica. De ellos dos casos están interconectados pudiéndose tratar el último de un caso secundario, ya que se trata de dos primas de 9 y 7 años de edad, la primera de las cuales ingresó el 23 de noviembre con un cuadro de sepsis producido por meningococo grupo C y la segunda ingresó el 26 de noviembre afecta de una infección meningea etiquetada clínicamente como meningocócica.

BOLETIN QUINCENAL

┌

┐

└

┘

Suscripción: envío gratuito, siempre que sea dirigido a cargo oficial. Solicitudes: Sección EPIDEMIOLOGIA.
Dirección Regional de Salud, Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.
Ronda Levante, 11. MURCIA 30008.