

Original

Indicación de la determinación de los anticuerpos para los virus de la hepatitis C y de la hepatitis A en los protocolos de atención a los niños inmigrantes

Rosa M. Masvidal Aliberch^{a,*}, Ana Estabanell Buxó^b, Beatriz Miguel Gil^a, Cecilia Cruz Rodríguez^b, Elisa de Frutos Gallego^a, Claudia Guzmán Molina^d y Dolors Riera Vidal^c

^a CAP Dr. Lluís Sayé, ABS Raval Nord, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^b CAP Gòtic (anexo Rull), ABS Gòtic, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^c CAP Drassanes, ABS Raval Sud, Institut Municipal d'Assistència Sanitària de Barcelona, España

^d CAP Drassanes, ABS Raval Sud, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de junio de 2009

Aceptado el 16 de octubre de 2009

On-line el 6 de enero de 2010

Palabras clave:

Hepatitis C

Hepatitis A

Niños

Inmigrantes

Vacunación

RESUMEN

Objetivo: Valorar la determinación sistemática de los anticuerpos para el virus de la hepatitis C (Ac. VHC) y para el virus de la hepatitis A (Ac. VHA) dentro de los protocolos de atención a niños inmigrantes (PANI).

Métodos: Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. Se determinaron los Ac. VHC y Ac.VHA, en niños de 6 meses a 15 años procedentes de países de baja renta que habían inmigrado hacía menos de 12 meses. Se registró la edad, el sexo y el país de origen. Se ha comparado el coste de la vacunación (con vacuna HA y vacuna HA-HB, precio de sanidad pública y precio de venta al público) a todos los niños inmigrantes sin cribado, con el coste de la vacunación sólo a los no inmunes.

Resultados: Se determinaron los Ac. VHC a 1055 niños/as, un caso resultó positivo: 0,09% (IC95%: 0–0,53%). Se determinaron los Ac. VHA a 992 niños/as, y fueron positivos el 38% (IC 95%: 35,0–41,1); en los de América Central y del Sur (n=352) el 34,9%; del Magreb (n=246) el 44,7%; de Indo-Pakistán (n=162) el 58,6%. Según el país de procedencia, la edad y el precio de la vacuna utilizada, es eficiente la determinación de los Ac. VHA previamente a la vacunación para el VHA.

Conclusiones: La baja prevalencia de Ac. VHC en población infantil inmigrada no justifica su determinación sistemática. Valorar la determinación de los Ac. VHA en cada niño inmigrante en particular puede aumentar la eficiencia de los PANI.

© 2009 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Indication of determination of antibodies against hepatitis C and A viruses in the protocol for the care of young immigrants

ABSTRACT

Objectives: To evaluate systematic determination of antibodies against hepatitis C virus (HCV) and hepatitis A virus (HAV) within the protocols for the care of young immigrants (PCYI).

Methods: We performed a descriptive, cross-sectional, multicenter study. Antibodies against HCV and HAV were determined in children aged from 6 months to 15 years from low-income countries who had immigrated to Spain less than 12 months previously. Age, sex and country of origin were registered. The cost of vaccinating all immigrant children (with the HA vaccine and HA-HB vaccine, public health price and retail price) without screening was compared with that of vaccinating non-immune children only.

Results: HCV antibodies were determined in 1055 children and only one was positive [0.09% (95% CI: 0–0.53%)]. HAV antibodies were determined in 992 children and, overall, 38% were positive (95% CI: 35.0–41.1). Distribution by country of origin was as follows: Central and South America (n=352) 34.9%, Maghreb (n=246) 44.7%, and India, Pakistan and Bangladesh (n=162) 58.6%. According to the children's age, country of origin, and the price of the vaccine used, HAV antibody determination in young immigrants before HAV vaccination is efficient.

Conclusions: Because of the low prevalence of HCV antibodies in the pediatric immigrant population, systematic determination is not warranted. Evaluating HAV antibodies in each immigrant child could increase the efficiency of PCYI.

© 2009 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Hepatitis C

Hepatitis A

Immigrants

Children

Vaccination

Introducción

La infección por el virus de la hepatitis C (VHC) es en la actualidad, junto con la infección por el virus de la hepatitis B (VHB), la principal causa de enfermedad hepática, cirrosis,

hepatocarcinoma y trasplante hepático. Se calcula que el VHC infecta aproximadamente a un 3% de la población mundial¹. La prevalencia de la infección aumenta con la edad y se observan dos picos, uno entre los 30 y 45 años, y otro a partir de los 65 años. En cuanto a la distribución de los índices de infección, hay diferencias entre países². En España, la prevalencia de anticuerpos frente al VHC en la población general oscila entre el 1% y el 2,7%³. En la edad pediátrica, el 95% de los casos se producen por transmisión vertical⁴.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: 12808rma@comb.cat (R.M. Masvidal Aliberch).

Es posible que la búsqueda activa de casos ocultos de hepatitis C asintomática permita tratar en fases precoces a los pacientes infectados por el VHC.

Se ha postulado que la inmigración puede aumentar la prevalencia de portadores en el país de acogida, ya que en algunos estudios realizados en inmigrantes adultos se han hallado cifras de prevalencia de infección por VHC similares a las del país de origen, y por ello muy variables, más bajas en los procedentes de Latinoamérica y más altas en los de África y Asia^{5,6}.

La infección por el virus de la hepatitis A (VHA) causa una enfermedad que durante la infancia suele ser leve o asintomática, pero en el adulto generalmente da lugar a clínica importante: ictericia, anorexia, astenia, náuseas, fiebre y malestar, y aunque no produce hepatitis crónica, en casos raros puede evolucionar a una hepatitis fulminante mortal. La infección por el VHA es endémica especialmente en los países de baja renta, de tal manera que la frecuencia y la precocidad de la presencia de anticuerpos IgG contra el VHA es un buen indicador de las condiciones higiénico-sanitarias de un país. Así, en zonas con condiciones sanitarias muy desfavorables, la gran mayoría de los habitantes adquieren la infección antes de los 5 años de vida, y por tanto los casos son mayoritariamente asintomáticos⁷. En Cataluña, el grado de endemia de la hepatitis A es muy bajo⁸, así como en el resto de España⁹. Sin embargo, la mayoría de los inmigrantes provienen de países de baja renta con una endemia alta o muy alta¹⁰, por lo que se ha de sospechar una mayor prevalencia de anticuerpos frente al VHA en esta población. Los habitantes de los países desarrollados pueden adquirir la infección por el VHA al viajar a países de baja renta e importar y transmitir la infección al retornar del viaje¹¹. Los inmigrantes y los hijos de inmigrantes no inmunes tienen riesgo de contagiarse cuando viajan a su país de origen^{11–13}, y por contacto con compatriotas infectados recientemente inmigrados, por lo cual se considera indicada la vacunación sistemática de los hijos de inmigrantes y de los inmigrantes no inmunes^{14–16}. La vacunación puede realizarse sin previa determinación de anticuerpos frente al VHA, pues haber padecido la infección no contraíndica la vacuna, pero considerando el coste económico de la inmunización, puede ser más eficiente solicitarla previamente. Que sea más eficiente realizar una determinación de los anticuerpos frente al VHA antes de decidir vacunar depende del coste de la vacunación, del coste del cribado y del porcentaje de pacientes inmunes.

En Cataluña, el *Protocol d'Atenció a Infants Immigrants*¹⁷ incluía la determinación sistemática de anticuerpos frente al VHC en todo niño procedente de un país de baja renta, pero no la de anticuerpos frente al VHA previamente a la vacunación.

Puesto que la prevalencia de hepatitis C en los niños inmigrantes podría ser tan baja que no justificase su cribado sistemático, y que la prevalencia de anticuerpos frente al VHA en niños inmigrantes podría ser tan alta que justificase su cribado previo a la vacunación, consideramos interesante realizar un trabajo con el objetivo de valorar la conveniencia de la determinación sistemática de anticuerpos frente al VHC y el VHA dentro de los protocolos de atención a niños inmigrantes.

Métodos

Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. La muestra estuvo integrada por niños inmigrantes de 6 meses a 15 años de edad, procedentes de países de baja renta, que habían llegado a Cataluña hacía menos de 12 meses, y a los que se realizó una primera visita por alguno de los pediatras voluntarios que colaboraron en el estudio, entre el 1 de diciembre de 2005 y el 1 de diciembre de 2006.

La muestra se calculó para valorar el resultado de la determinación de anticuerpos frente al VHC y el VHA, y de otras determinaciones que también formaban parte de los protocolos de atención a niños inmigrantes. Se calculó para estimar una media (rendimiento diagnóstico medio de las diferentes patologías) considerando una desviación estándar de 150, un riesgo alfa del 5% y una precisión de 20, y el número que se obtuvo fue 854.

Los 69 pediatras voluntarios que colaboraron pertenecían a 44 centros de asistencia primaria distribuidos por el territorio catalán: 3 de Lérida, 9 de Gerona, 9 de Tarragona y 24 de Barcelona.

Se consideraron como países de baja renta todos excepto Estados Unidos de América, Canadá, Japón, Nueva Zelanda, Australia y los de Europa Occidental. Los países de procedencia se agruparon en Magreb, África subsahariana, Indo-Pakistán (India, Pakistán y Bangla Desh), otros de Asia, antigua URSS, Europa del Este, Caribe, Centroamérica y América del Sur.

Fueron criterios de exclusión la negativa de los padres o tutores a que se practicasen los análisis y proceder de una zona de un país de baja renta con una renta similar a los de alta renta. Para el cribado de anticuerpos frente al VHA se excluyeron los niños menores de un año y aquellos de los cuales se tenía constancia de vacunación previa contra el VHA.

Las variables estudiadas fueron la edad, el sexo, el país de procedencia y el resultado de la determinación de anticuerpos frente al VHC y el VHA.

La determinación de anticuerpos se realizó por quimioluminiscencia.

Los datos se introdujeron en una base de datos (*Easytrial*), comunicada a través de Internet, con los medios necesarios para garantizar la confidencialidad.

Con respecto al cribado de anticuerpos frente al VHA y en relación al objetivo del estudio, se compararon los costes entre la vacunación universal (sin cribado) y los costes del cribado universal más vacunación sólo de los no inmunes. Se determinó el porcentaje de inmunes en que ambos costes se igualan. Por debajo de esta prevalencia de anticuerpos frente al VHA, la detección deja de ser eficiente. La fórmula matemática para el cálculo fue¹⁸:

Coste unitario de la detección + (1 – X)

× coste unitario de vacunación a los anti-VHA negativos

= coste de la vacunación universal

donde X es la prevalencia de inmunes (anti-VHA positivos).

Para el coste de la detección se calculó el coste de la determinación (personal, reactivo ELISA anti-VHA y amortización de equipos); no se tuvieron en cuenta los costes de la extracción ni los costes indirectos del tiempo del paciente o de sus padres, ya que la extracción sanguínea se realiza conjuntamente con la que se solicita para otras determinaciones que constan en los protocolos de atención a niños inmigrantes. Se consideró el precio de tarifa de los laboratorios pertenecientes al Institut Català de la Salut, que era de 15,05 euros en junio de 2007.

Para el coste de la vacuna se consideró el precio de la vacuna contra el VHA (vacuna VHA) y el precio de la vacuna contra el VHA y el VHB (vacuna VHA-VHB) menos el coste de la vacuna contra el VHB (ya que si los pacientes no son inmunes al VHB se utiliza ésta). En los casos en que se utiliza la vacuna VHA-VHB se obvian los costes de material y de enfermería, pues son iguales que los de la vacunación contra el VHB. Cuando se utiliza únicamente la vacuna contra el VHA, además del precio de la vacuna se añadió el coste de su administración y el del algodón y el alcohol. Se consideró que el precio de la vacuna contra el VHA en la Sanidad Pública (PSP) es de 11,5 euros, con lo cual, dado que se precisan dos dosis para la inmunización y que se han sumado 2 euros por la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1074096>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1074096>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)