

Coordinación:

Dra. María José Galiano Segovia

Pediatra. Centro de Salud María Montessori. Leganés (Madrid)

Elimination of perinatal hepatitis B: providing the first vaccine dose within 24 hours of birth

Committee on Infectious Diseases, Committee on Fetus and Newborn.



Pediatrics. 2017; 140(3): e20171870.

Desde que en 1982 se introdujo la vacuna de la hepatitis B (VHB), la incidencia de infección ha disminuido en más del 90%, aunque todavía se identifican 1.000 nuevos casos de infección perinatal anualmente en Estados Unidos. Más del 90% de estos lactantes infectados por el VHB al nacimiento o en el primer año de vida desarrollan una infección crónica.

La prevención de la transmisión perinatal del VHB es parte de la estrategia nacional para prevenir su incidencia. Es necesario realizar a las mujeres embarazadas una serología para detectar el antígeno de superficie de la hepatitis B (AgeHB), aunque no todas las que lo tienen desarrollen la infección. La probabilidad de transmitir el VHB es de un 85% si además el AgeHB es positivo, y de un 30% si el AgeHB es negativo (la determinación del antígeno e no se realiza sistemáticamente en las mujeres embarazadas).

La profilaxis postexposición es altamente efectiva. La vacuna sola administrada en las primeras 24 horas después de nacer previene la transmisión perinatal en un 75-95%.

Si además de la vacuna se administra la inmunoglobulina anti-HB y se completa la inmunización, las tasas de infección perinatal bajan hasta el 0,7-1,1%.

Estos hallazgos son la base para justificar los cambios en las recomendaciones relativas a la vacunación al nacimiento.

La dosis de vacuna al nacimiento es crítica para proteger a los recién nacidos de las madres infectadas no identificadas.

Ahora se ofrece a las mujeres embarazadas infectadas por el VHB, con alta carga viral, un tratamiento antiviral durante el embarazo. Sin embargo, no hay evidencia de que sólo el tratamiento antenatal materno, sin profilaxis del lactante, sea suficiente para reducir el riesgo de transmisión. Aunque el 95% de los lactantes nacidos de madres infectadas reciben profilaxis, todavía en ellos es subóptima la tasa de inmunización de la hepatitis B.

La vacuna de la hepatitis B es bien tolerada en los lactantes y las estrategias de prevención perinatal se consideran coste-efectivas.

Los escalones clave para la implementación de una administración apropiada de la dosis al nacimiento de la vacuna frente a la hepatitis B son los siguientes:

1. Identificar a las madres AgsHB positivas antes del parto y documentarlo en la historia del lactante. Si se desconoce, hay que identificarlo lo antes posible.

2. En todos los recién nacidos de una madre con AgsHB positivo se debe administrar vacuna y gammaglobulina dentro de las 12 horas posteriores al nacimiento, aunque la madre tomara medicación antiviral.

3. Lactantes nacidos de madres con AgsHB negativo, según el peso al nacimiento:

- ≥ 2.000 g: se administra la vacuna como profilaxis sistemática universal dentro de las 24 horas tras el nacimiento.
- < 2.000 g: administrar la vacuna frente a la hepatitis B como profilaxis sistemática universal al mes de vida o tras el alta del hospital (lo que ocurra primero).

4. En todos los lactantes nacidos de madres con AgsHB desconocido se debe administrar la vacuna frente a la hepatitis B siempre dentro de las 12 horas tras el nacimiento, e inmunoglobulina antihepatitis B en función del peso:

- ≥ 2.000 g: a los 7 días de ingreso hospitalario o al alta (lo que ocurra primero) si se confirma que el AgsHB materno es positivo o permanece desconocido.
- < 2.000 g: dentro de las 12 horas tras el nacimiento, a menos que se confirme que el AgsHB materno es negativo.

5. Documentar la vacunación del lactante apropiadamente en la historia.

Después de completar la serie de vacuna frente a la hepatitis B con 3-4 dosis, el 98% de los lactantes sanos a término alcanza tasas protectoras. La protección puede ser menor en los lactantes con un peso al nacer < 2.000 g.

Se han actualizado las recomendaciones para hacer controles serológicos posvacunación a los lactantes nacidos de madres con AgsHB positivo. Ahora se recomienda medir los anticuerpos de superficie (AcsHB) a los 9-12 meses de edad (antes era a los 9-18 meses). Unos niveles de AcsHB inferiores a 10 mUI/mL se consideran no protectores, por lo que se requeriría una dosis de vacuna adicional. Si después de 2-3 dosis de vacuna estos niveles continúan siendo inferiores a dicha cifra, podemos considerar que se trata de lactantes no respondedores, y los datos disponibles no sugieren que las vacunaciones adicionales sean beneficiosas. ■

M.J. Galiano Segovia

Centro de Salud «María Montessori». Leganés (Madrid)

Nota: En España, únicamente Madrid y Castilla-León incluyen en su calendario vacunal la hepatitis B al nacimiento en todos los niños. En el resto de comunidades sólo se administra si el AgsHB de la madre es positivo.

Food allergy

Jones SM, Burks AW.

N Engl J Med. 2017; 377(12): 1.168-1.176.



Este artículo, incluido dentro de la serie «Clinical Practice» de la revista, comienza con la descripción de un caso clínico: un joven de 18 años de edad, con antecedentes de alergia al cacahuete y asma, que en una fiesta, tras ingerir una galleta casera, desarrolla a los 10 minutos tos y dificultad respiratoria, que no mejora tras la administración de un antihistamínico inicialmente, y sólo tras el uso de adrenalina intramuscular y un broncodilatador. Las preguntas que dan pie a la revisión son: qué haría en este momento y si los síntomas podrían haberse prevenido.

El audio del artículo está también en la página web de la revista.

En poco más de 8 páginas, los autores presentan una revisión actualizada, muy clara y sintética, sobre la alergia alimentaria, en especial la anafilaxia. Se recogen los criterios diagnósticos de la anafilaxia, que es una reacción mediada por IgE.

El artículo se centra en tres aspectos: evaluación, prevención y tratamiento. La evaluación se fundamenta en una buena historia clínica, que se acompaña de la realización de pruebas cutáneas o la determinación de IgE específicas en plasma. La provocación sólo está indicada cuando la historia y las pruebas complementarias sean poco sugestivas de alergia alimentaria. En el apartado de prevención se recogen los resultados del estudio LEAP (Learning Early About Peanut Allergy), del que se concluye que el consumo mantenido de cacahuetes en los primeros 11 meses de vida es una estrategia eficaz para prevenir el desarrollo de alergia al cacahuete (la más frecuente en Estados Unidos).

El apartado más detallado es el del tratamiento. El tratamiento inicial de elección en la anafilaxia causada por un alimento es la adrenalina (epinefrina), aunque está infrautilizada; por el contrario, los antihistamínicos son fármacos que se usan

más, pero de forma equívoca. Este tratamiento debe complementarse con una valoración de los pacientes en un servicio de urgencias y su observación durante un periodo de 4-6 horas. Aunque no existe un tratamiento específico proactivo, en las últimas décadas se han desarrollado tres formas de inmunoterapia: oral, sublingual y epicutánea. En el artículo comentado se explica de una forma sencilla en qué consisten las distintas alternativas, así como su eficacia, ventajas e inconvenientes.

Termina esta excelente revisión con un apartado denominado «Áreas de incertidumbre», en el que, además de hacer hincapié en el aumento del número de casos de alergia alimentaria y sus posibles explicaciones, se cuestiona la necesidad de conseguir pruebas diagnósticas claras y sencillas; asimismo, se reflexiona sobre las políticas de etiquetado nutricional y la eficacia de las distintas formas de inmunoterapia, así como sobre los cambios en las recomendaciones y guías obligados por los resultados del estudio LEAP. ■

Lo que aporta este estudio:

Es muy importante saber relacionar bien los síntomas con la ingesta del alimento, así como destacar que la adrenalina intramuscular es la clave del tratamiento de la anafilaxia inducida por alimentos.

J.M. Moreno-Villares

Servicio de Pediatría.

Hospital Universitario «12 de Octubre». Madrid

Nota: En un artículo de esta misma sección se revisaban el año pasado las dificultades que conlleva la administración intramuscular de epinefrina (Acta Pediatr Esp. 2016; 74[2]: 71).