

# Una visión general sobre la hepatitis

Kris Gaublomme (médico homeópata) \*

AGENERAL VIEW ABOUT THE HEPATITIS. GAUBLomme K.

**Keywords:** Hepatitis, Vaccines

**English Abstract:** The side effects of the Hepatitis B can appear after having taken any of the dosis. As general effects, they have been described the fatigue

and the allergy to the Thiomersal, effects on the skin as well as adverse effects on the locomotor, respiratory, hearing and eye systems. The low-rate incidence of the disease because labor reasons does not justify the general immunization of the sanitarian staff. The use of immunoglobulines of the hepatitis

A is underdebat. The hepatitis vaccine can transmit the virus and its side effects are rarely collected in the statistics. These adverse effects increase with the hepatitis A vaccination in children will increase the pathology in the third age, because this virus can stay a long time in the lever or in another body part.

## INTRODUCCIÓN

La inflamación del hígado por la acción de virus no está producida por un sólo tipo particular de agente viral, tal como se creía hace tiempo; actualmente hay identificados al menos cinco virus diferentes como responsables de la enfermedad, la cual puede cursar favorablemente o evolucionar hacia estadios fatales.

## HEPATITIS B

Entre los años 1981 y 1988 se estudió la incidencia de hepatitis B en los Estados Unidos. Las gráficas fueron relativamente constantes, a un nivel medio de 13,2 casos por cada 100.000 habitantes (13). La hepatitis B representaba un 47% de todos los casos de hepatitis (EE.UU., 1990) (13).

Poco más del 1% eran jóvenes de menos de 15 años, mientras que el 63% de los casos estaba comprendido entre los 15 y 29 años de edad. Por sexos, la incidencia en varones era el doble respecto a las mujeres. Por colectivos raciales, la incidencia era del doble en hispanos respecto a los blancos (13).

## TRANSMISIÓN

Las dos principales vías de transmisión de la hepatitis B son: por transfusión de sangre o por contacto sexual con un portador del virus. La transmisión oral ha sido sin embargo constatada ocasionalmente. La infección accidental por pinchazos con agujas es extremadamente rara.

Los modelos de transmisión parecen haber cambiado significativamente con el paso del tiempo. "La proporción de

hepatitis B contabilizada por homosexuales y empleados de la salud pública de creció en un 62% y un 75% respectivamente; pero la proporción de casos contabilizados en hijos de padres drogadictos y exposición heterosexual se ha incrementado sin embargo en un 80 y 38% respectivamente. El porcentaje de pacientes para los cuales no se ha identificado ningún factor de riesgo (de un 30 a un 40%) no ha variado a través del tiempo" (13).

Los factores de riesgo conocidos son: las actividades homosexuales masculinas, el uso de drogas por parte de los padres y el contacto con una persona infectada o con múltiples *partenaires*. Desde 1982 hasta 1985, estos tres principales factores de riesgo fueron contabilizados en más de la mitad de las transmisiones de la enfermedad. De estos tres, el abuso de drogas intravenosas es con mucho el más importante. Los ratios de infección sobre los homosexuales han decrecido fuertemente debido al uso de preservativos como protección contra la infección del Sida. Si una vez este grupo ocupó el lugar principal, a la cabecera de las personas de riesgo, hoy ha sido superado por los usuarios de drogas intravenosas, ¡e incluso también por los heterosexuales! También la exposición laboral a la sangre es mencionado como un factor de riesgo, pero parece ser mucho menos importante. La contaminación por transfusiones de sangre sólo representa un 1% de los casos.

## EVOLUCIÓN

En ocasiones se elimina el virus durante el curso de la enfermedad aguda. En este

caso el paciente queda después libre de la enfermedad. Pero si el virus no es eliminado en los seis meses siguientes a la infección, el paciente queda más expuesto a convertirse en portador del virus durante el resto de su vida. Este es el caso en la mayoría de recién nacidos, y relativamente común en niños; mientras que en los adultos, menos del 15% llegan a ser portadores (6). Algunas veces la enfermedad no remite y llega a convertirse en crónica. Esto ocurre en un 6-10% de los adultos infectados, en aproximadamente un 25% de los niños infectados comprendidos entre los cinco y un año de edad y en un 70-90% de jóvenes infectados (13). Otras consecuencias son el desarrollo de cirrosis o carcinoma hepatocelular primario (13).

## EFICACIA DE LA VACUNA

La vacuna de la hepatitis B fue introducida en EE.UU en 1982. Para obtener protección suficiente contra la enfermedad mediante la vacunación, se han de cumplir dos condiciones.

La primera condición es que los anticuerpos deben constituirse todos al mismo tiempo. Es conocido ya desde hace tiempo, que esta protección puede fallar incluso en individuos sanos (1). Un hombre de 29 años que desarrolló dermatitis carecía de anticuerpos dos meses después de la vacunación (18). A este tipo de personas se las conoce como *non-responders* (que no responden al tratamiento).

La segunda condición es que la producción de anticuerpos debe ser suficiente como para dar protección. Este no es siempre el caso ni siquiera después de

una vacunación completa. Para la inmunización es decisiva la producción de anticuerpos contra el antígeno-superficial (HBs-AG) i.e. contra algunas moléculas en la superficie del virus (3)(4). Los niveles mínimos de anticuerpos son 10 mLE/ml (2).

ALTER et al. manifestaba en 1990: "La estrategia corriente para la prevención de la hepatitis B, orientada hacia la inmunización en los grupos de alto riesgo, ha fracasado a la hora de conseguir un impacto significativo en la incidencia de la enfermedad" (13). En el condado de Pierce, EE.UU, la incidencia de hepatitis B se incrementó en 1987, incluso a pesar de que llegara a ser menos importante (18 % en comparación a un 40%) debido a una epidemia de hepatitis A.

El efecto protector de la vacuna no permanece durante un largo periodo de tiempo; se considera que las vacunaciones son necesarias cada 3 a 5 años (20).

## SEGURIDAD

Se ha reportado un número de efectos secundarios a la administración de la vacuna de la hepatitis B. Los casos clínicos prueban que estos efectos secundarios pueden ocurrir después de cualquiera de las inyecciones, de tal manera que la ausencia de efectos secundarios tras la primera inyección no es nunca motivo para no mantenerse alerta en las vacunaciones siguientes.

## Efectos locales

1. Dolor en el lugar de la inyección (7).
2. Endurecimiento del lugar de la inyección (7).

## Efectos generales

1. Se ha descrito cansancio en muchos casos (7).

2. Las reacciones alérgicas pueden ser de diferente naturaleza:

a) Se constató un Fenómeno de Arthus (véase más abajo, en aparato locomotor).

(b) La alergia al thiomersal es de particular importancia, ya que este producto está presente en muchas vacunas. Se publicó un caso acerca de un hombre de 27 años con una fuerte reacción local a la segunda Engerix B, que perduró durante dos semanas (8). Este fue un tipo de reacción lenta al thiomersal. También algunos de los casos descritos en *Folia Pharm.* (7) se debieron a alergia a este producto, así como algunos casos, descritos más abajo, como reacciones cutáneas.

RIETSCHEL y ADAMS (1990) escriben que: "la reacción positiva del test a la

vacuna demuestra la capacidad del thiomersal para hacer surgir la hipersensibilidad a concentraciones muy bajas, incluso cuando son administradas epicutáneamente", o incluso más claramente: "Las personas que son positivas al test del thiomersal pueden mostrar una reacción positiva cuando se les inyecta subcutáneamente thiomersal en concentraciones muy bajas, como las que se encuentran en las vacunas comunes (...) A pesar de que el thiomersal está presente en las vacunas en una concentración de solamente 1:20.000, puede inducir claramente reacciones cutáneas severas del tipo hipersensibilidad retardada (...) Estas vacunaciones entrañan pues un riesgo potencial, y las reacciones pueden perdurar durante largo tiempo" (18). NOEL concluye: "...la prevalencia de reacciones hipersensibles se incrementará probablemente, a menos que se elabore una vacuna exenta de thiomersal" (8).

c) Debilidad después de la tercera inyección, acompañada de vértigo, transpiración y palidez (7).

## Piel

1. En un paciente apareció urticaria 24 horas después de la administración de la cuarta dosis (7). En otro, la erupción apareció cinco días después de la primera dosis de la vacuna, y llegó a ser crónica después de la segunda dosis (7). Un tercer paciente presentó urticaria sólo después de la cuarta inyección, y llegó a ser prominente tras el contacto con la luz solar (7). Una reacción aguda de urticaria apareció en la garganta y cuello de una mujer de 24 años, 30 minutos después de la primera dosis de Engerix (9). LOHIYA (1987) describe algunos casos más de urticaria (19).

2. A pesar de que el paciente era alérgico al thiomersal, esta no fue la base para su reacción, ya que reaccionó también con prurito a diferentes vacunas sin thiomersal, en cuestión de minutos después de la vacunación. Una niña, que desarrolló parálisis después de la vacunación, también presentó prurito generalizado (10).

3. Un hombre de 29 años desarrolló prurito en el lugar de la inyección a las 6 horas de la inoculación, seguido algunos días después por dermatitis en la misma área, ascendiendo hacia la escápula derecha. Se desarrolló un segundo, y ambos devinieron en un *lichenoid* (costra). Esta persona no desarrolló anticuerpos con esta vacunación (Heptavax, MSD) (18). Una enfermera de 38 años desarrolló un

bulto con eritema del tamaño de un grano de uva en el lugar de la inoculación a las pocas horas de la inyección con Heptavax-B; presentaba erupción escamataosa en algunos lugares y urticaria en otros, esparciéndose hasta envolver tronco, brazos y piernas (18).

## Aparato locomotor

Un paciente presentó inflamación de las rodillas cinco días después de la primera administración (7). El supuesto mecanismo que había detrás de este fenómeno era una reacción alérgica del tipo Fenómeno de Arthus.

## Transtornos respiratorios

1. Una persona alérgica reaccionó con ahogos en cuestión de minutos después de la segunda vacuna (Hevac B) y después de haber sufrido reacciones alérgicas a la primera (Engerix) (9).

2. LOHIYA asoció el asma a la vacunación de la hepatitis B (18).

## Transtornos neurológicos

1. Parálisis: La parálisis de Guillain-Barré fue diagnosticada en un niño de 7 años tres semanas después de la primera dosis de vacuna anti-hepatitis B (10). SHAW informó de este síndrome después de la vacunación (16). También la revista *WHO* informó de un caso.

2. Se detectaron dolores de cabeza en una niña de 7 años en la que se diagnosticó posteriormente parálisis de Guillain-Barré (10).

3. HERROELEN et al. (1991) detectaron esclerosis múltiple en dos pacientes después de la vacunación. Una mujer de 26 años ya tenía la enfermedad antes de vacunarse, pero sufrió una exacerbación seis semanas después de la tercera dosis de una vacuna recombinada (Engerix-B, SmitKline-Rit). Otro paciente, una enfermera, no tenía ningún historial de enfermedades neurológicas; seis semanas después de la vacunación con Engerix-B empezaron los síntomas de debilidad y hormigueo en el brazo y pierna derecha. Desarrolló una hemiparesia derecha grave (15).

4. Mielitis transversal.

## ORL

1. Una niña de 7 años presentó dolores de oído junto a otras complicaciones más serias (10).

## Ojos

1. Fotofobia en una niña, con severas complicaciones neurológicas (10).

2. Neuritis óptica (16) (17).

## CONTRAINDICACIONES

La hipersensibilidad a cualquier componente de vacuna es una contraindicación en su uso. Los componentes deberían estar señalados claramente, y comunicar al paciente que se le van a administrar antes de que la vacunación tenga lugar.

Las reacciones alérgicas a la vacunación pueden llevar a enfermedades crónicas; así pues la vacunación debería interrumpirse después de cualquier signo de reacción alérgica.

Algunas vacunas de la hepatitis-B (Engerix-B, Heptavax-B, H-B-Vax, ...) contienen thiomersal, un poderoso alérgico. Las personas alérgicas a este producto, no deberían recibir nunca tal vacuna (18).

Las personas con MS conocido o con riesgo de contraer la enfermedad (histórico familiar o HLA-fenotipo DR2 o B7 conocidos) deberían evitar la vacunación (15).

## Inmunización pasiva

Cuando se necesita una protección inmediata es posible la inmunización pasiva, es decir la administración directa de anticuerpos (inmunoglobulinas). Este procedimiento proporciona protección inmediata, aunque no permanente.

## COSTO EFECTIVO

La extremadamente baja incidencia de la hepatitis como resultado de una lesión durante la actividad profesional, no es suficiente para una inmunización generalizada del personal médico. En un estudio alemán, sólo la vacunación después de una lesión con un objeto infectado (aguja) es considerado como de costo efectivo (12).

## HEPATITIS A

En la literatura médica de hace tiempo, la hepatitis A se describía invariablemente como una enfermedad benigna. No es hasta mediados de los años ochenta, cuando las campañas contra la vacunación de la hepatitis B ya habían empezado, que se mencionan verdaderas epidemias de hepatitis A en publicaciones médicas. "En países con una sanidad pobre esta infección es común, dándose casi totalmente una infección universal en niños, que acaba en pequeñas enfermedades clínicas, confiriendo inmunidad para el resto de la vida (...) muchos casos son asintomáticos (...)" (21). La vacuna está diseñada más bien para los países desarrollados, ya que en los países subdesarrollados su aplicación es superflua debido a la

infección espontánea de los niños. "Actualmente en la mayoría de países en vías de desarrollo la infección del virus de la hepatitis A ocurre entre los 3 y 5 años de edad. Produce pequeñas enfermedades clínicas y confiere inmunidad" (22).

Los síntomas presentados a menudo durante la infección son: malestar general, mialgia, dolor en las articulaciones, dolores abdominales y orina oscura.

## INCIDENCIA

La hepatitis A representa el 28 % de todos los casos de hepatitis (EE.UU, 1990) (13). "Pese a la disminución de sero-prevalencias, las notificaciones e informes de hepatitis A al Public Health Laboratory Service Communicable Disease Surveillance Center se incrementaron entre 1987 y 1990. Esto podría reflejar sólo un aumento de las notificaciones, pero más bien sucede que esta infección se está propagando en la comunidad" (21). ¿Por qué esta propagación? ¿Tiene esto algo que ver con un cambio de la hepatitis B hacia otras formas de hepatitis? La asociación en el tiempo parece sugerir que es así.

La prevalencia de anticuerpos en los países desarrollados es actualmente baja; un 8 % en estudiantes de primer año de universidad (23). Hasta hace unas pocas décadas solía ser más alto (25).

## TRANSMISIÓN

El virus de la hepatitis A se propaga por vía fecal-oral, tanto de persona a persona como a través de los alimentos y agua contaminados. Un modo posible de infección de la hepatitis A es el que se deriva de los viajes por zonas endémicas. Se ha sugerido hacer el test de los anticuerpos-IgC de la hepatitis A a las personas que viajan regularmente. Estos anticuerpos parecen incrementarse con la edad (14). Por supuesto no tiene sentido inmunizar a una persona que ya está inmunizada. Los mismos autores previenen del abuso de inmunoglobulinas en pacientes inmunes, ya que no tan sólo no son necesarias, sino que causan también dolor en el paciente (14).

DIENSTAG et al. informaron en 1978 de que "no hay un incremento de la exposición al virus de la hepatitis A entre los homosexuales -quienes tienen frecuentes contactos íntimos con múltiples parejas sexuales-, cuidadores y pacientes de hemodiálisis, o entre pacientes con transfusiones múltiples" (26).

Las precauciones sexuales y el cuidado respecto a los alimentos y la bebida,

son probablemente las medidas más eficaces.

## EFICACIA DE LA VACUNA

Los pacientes mayores y los varones tienden a responder peor.

Un estudio realizado en 1992 concluyó que "en comparación con los sujetos infectados naturalmente, los inmunizados voluntariamente desarrollaban respuestas específicas pobres o indetectables al virus IgG e IgA en la saliva y fluido parótico" (32).

Un estudiante masculino de 26 años contrajo la hepatitis A a pesar de que había recibido dos dosis de la vacuna (30).

## SEGURIDAD DE LA VACUNA

Al igual que sucede con las otras vacunas, sólo ocasionalmente se reportan efectos secundarios; así que las estadísticas son bastante ineficientes:

1. Vacunar con virus inactivados puede llevar a la excreción del virus y facilitar así su transmisión entre la población.

2. Es posible una reversión hacia la virulencia (21) como ocurrió con la vacuna de la Polio.

3. Después de la vacunación, el virus puede persistir en el hígado del vacunado o en cualquier parte de su cuerpo (21).

4. Un serio problema es el cambio en la edad de la población que contrae la enfermedad. HALL señala: "Un aspecto importante de la inmunización en la dinámica de la infección es que crece la media de edad bajo infección (...) Este efecto es particularmente importante en las enfermedades que cursan con más severidad cuando afectan a gente mayor. Una de estas enfermedades es la hepatitis A. Menos del 5 % de los niños de 3 años infectados llegan a presentar ictericia, mientras que en los adolescentes y adultos cerca del 75 % de los infectados desarrollan los signos clásicos de la hepatitis aguda" (22). También LEDNAR y otros confirman que "las infecciones de hepatitis A en adultos son profusamente sintomáticas" (24). Así pues resulta obvio que la vacunación infantil de hepatitis A llevará a un incremento gradual en la patología en la tercera edad.

5. En un 30 % de los efectos secundarios aparecen síntomas generales: -Fatiga (29). -Fiebre (29). -Sensación de estar enfermo (29)(30). -Hinchazón de linfonodos en axila izquierda después de la primera inyección (30). -Shock anafiláctico en una mujer de 29 años después de la segunda vacuna (30).

6. Piel: Las reacciones locales ocupan el 20% de las quejas. -Una erupción con vasculitis empeoró mucho después de la segunda dosis (29). -En cuatro pacientes se desarrolló un eritema multiforme.

7. Se dieron transtornos neurológicos en diez pacientes: -Mielitis transversal, una complicación muy grave (29). -Síndrome de Guillain-Barré (29). -Encefalopatía (29). -Atrofia neuromuscular (29); atrofia del brazo paralizado en un hombre de 54 años, diagnosticado como poliradiculitis (30). -Paresia del brazo izquierdo y pectoral mayor izquierdo en un hombre de 54 años (30). -Cefalalgias (32);

8. Aparato locomotor: -Dolor en los músculos del brazo izquierdo durante tres semanas en un hombre de 38 años (30). -Dolor en el codo izquierdo durante tres semanas en un hombre de 38 años (30);

9. Problemas respiratorios. Bronquitis durante una semana después de la primera vacuna (30).

10. Complicaciones cardiovasculares. Crisis de hipertensión en una mujer de 54 años con taquicardia, durante tres semanas.

**INDICACIÓN**

Son considerados como potenciales receptores de la vacuna:

1. Los viajeros que se desplazan a zonas endémicas.
2. Miembros de las fuerzas armadas.
3. Personas que trabajan con niños.
4. Homosexuales masculinos.
5. Quienes consumen drogas intravenosas.
6. Manipuladores de alimentos (21).

**COSTO**

Al igual que las vacunas de la hepatitis B, las vacunas de la hepatitis A, tanto las vivas como las atenuadas son muy caras.

**Vacuna de la hepatitis A en países subdesarrollados**

El cambio en la edad para la vacunación es de particular importancia en los países en vías de desarrollo. "Si se introdujera la vacuna de la hepatitis A, como sugerían recientemente en un editorial el Dr. A. J. Tilzey y el Prof. J.E. Banatvala (...) aumentaría la media de edad de la población infectada, y muchas personas serían infectadas a una edad en que el desarrollo de una hepatitis aguda ya es probable. Esto sólo podría prevenirse asegurando un buen seguimiento en el momento en que la vacuna fuera introducida. Pero esto no parece probable en muchos países, dados los problemas de muchos de ellos en la consecución de un buen seguimiento con otras vacunas"

(22). HALL continúa su comentario sobre el Tercer Mundo en términos claros: "Desafortunadamente la vigilancia de la hepatitis es rara en los países en vías de desarrollo. Virtualmente se desconocen las clasificaciones de la hepatitis detectada. Además la epidemiología de la hepatitis A puede diferir grandemente entre los diferentes estratos sociales. En las áreas urbanas de los países subdesarrollados la infección puede aparecer a edades avanzadas en sujetos pertenecientes a grupos socioeconómicos altos. Esto dificulta las decisiones políticas por parte de las autoridades de salud pública, si tratan de evitar la aparición de epidemias recurrentes clínicas de hepatitis A en adultos jóvenes (...). No está claro que esta vigilancia, dado el coste de la vacuna, sea el modo más efectivo de utilizar los escasos recursos, teniendo en cuenta que los fondos para introducir la vacuna de la hepatitis B, -la cual previene potencialmente muchísima morbilidad y mortalidad-, son ya difíciles de obtener" (22).

**INMUNOGLOBULINAS**

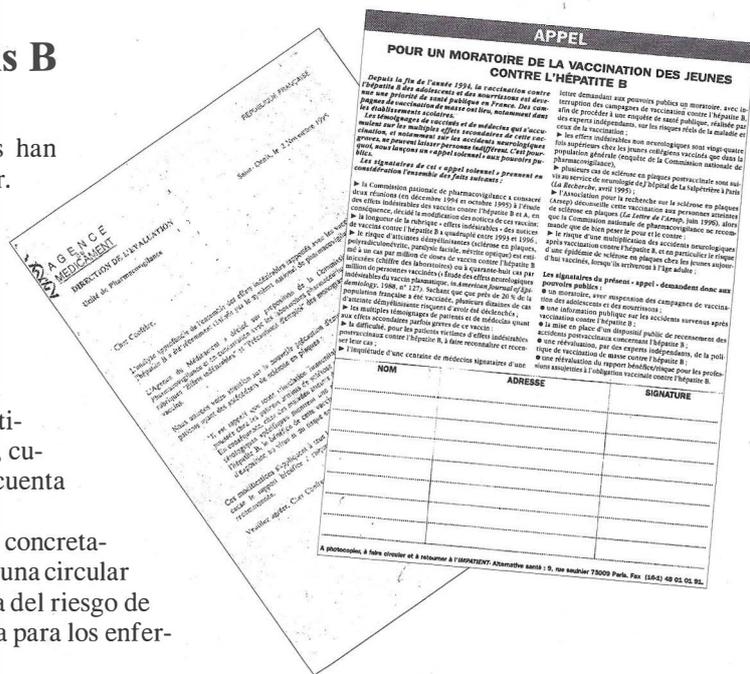
La administración de inmunoglobulinas en la hepatitis proporciona una protección temporal contra la enfermedad clínica (24). Aun así su uso está ampliamente sujeto a discusión. Antes que nada

**420 médicos y 7.000 pacientes piden en Francia una moratoria para la vacuna antihepatitis B**

Un total de 420 médicos y 7.000 pacientes han respondido en Francia a la llamada del Dr. Jacques Lacaze para sumarse a la petición de moratoria para la vacuna contra la hepatitis B.

La práctica obligatoria de inmunizar contra la hepatitis B al personal médico, ha originado la aparición de daños postvacunales graves observados entre los propios médicos vacunados. L'Impatien ha publicado los testimonios de diez mujeres médicas anestestistas, cuyos testimonios no acaban de ser tenidos en cuenta por los neurólogos que las atienden.

La propia Agence du Medicament, y más concretamente la Unité de Pharmacovigilance, emitió una circular dirigida al personal médico en la que advertía del riesgo de agravamiento que aplicar esta vacuna suponía para los enfermos de esclerosis múltiple.



hay que tener en cuenta que se trata de un producto derivado del plasma, lo cual vincula al receptor a posteriores infecciones de virus que no hubieran sido identificados en el plasma del donante. Este tipo de casos ha ocurrido en el pasado (SV 40, HIV); para cuando se detectan, al cabo de los años, la infección ya ha tomado las dimensiones de un escándalo sociopolítico.

En segundo lugar las inmunoglobulinas son costosas. En tercer lugar, sólo proporcionan una corta protección en la vida. Cuarto, pueden llegar a ser menos efectivas con la disminución de la prevalencia de la inmunidad a la hepatitis A(21); si esto es verdad cabe cuestionarse la eficacia atribuida al producto, que en tal caso habría sido confundida con la inmunidad natural por infección a temprana edad.

Si por alguna razón el riesgo de infección en un adulto no-inmune es muy alto, la inmunización pasiva mediante inmunoglobulinas puede ser una alternativa preferible a la inmunización activa o vacunación.

## HEPATITIS C

A mediados de los años setenta se descubrió un tipo de hepatitis asociada a las transfusiones, que se mostraba negativa para los marcadores de la infección HBV. Durante algunos años en la literatura médica sólo se mencionaba la "hepatitis no-A no-B" como una tercera entidad. Más tarde este grupo sería ampliado una vez más con el descubrimiento de nuevas entidades.

La infección aguda de la hepatitis no-A no-B estaba caracterizada como suave, y los estudios iniciales enfatizaban su relativamente benigna prognosis a corto plazo. "La remisión espontánea ha sido del 54 % en tres años; la mayoría de pacientes se han mostrado asintomáticos y unos pocos presentaban cirrosis; las muertes relacionadas con fallos crónicos del hígado fueron raras y no se ha detectado ningún carcinoma hepatocelular" (27).

Pero en 1992 CZAJA afirmaba: "Después de una infección aguda, es común la hepatitis crónica". La infección persiste indefinidamente después de la resolución de la enfermedad (31), creando un depósito incluso mayor de infección y posibilitando un posterior recrudescimiento de la enfermedad (30). No hay correlación entre la infección HCV y la expresión de la enfermedad (31). En un 10% al menos de los pacientes no se ha descu-

bierto ningún anticuerpo a este virus (31).

## TRANSMISIÓN

La transmisión ocurre principalmente por exposición a sangre contaminada, pero ocasionalmente también se han observado otras vías de infección.

El *Hamburger Abendblatt* del 16.02.95 menciona que en 1978-79 en la ex República Democrática de Alemania casi 7.000 mujeres y recién nacidos fueron infectados con la hepatitis C después de una vacunación obligatoria de mujeres embarazadas. Muchos de aquellos pacientes desarrollaron patologías crónicas. Las vacunas fueron administradas a pesar de que las autoridades sabían que estaban contaminadas con HCV. Aun así, ninguno de los pacientes recibió compensación oficial alguna.

## ESTRATEGIAS DE VACUNACIÓN

Igual que ocurre con muchas vacunas, las estrategias de vacunación para la hepatitis difieren geográficamente, y cambian en el curso del tiempo. Durante la primera década de aplicación de la vacuna, el objetivo estaba constituido por los principales grupos de riesgo. Esto parecía lógico dado que contabilizaban más del 50 % de los casos. Pero de entre las "personas que corrían riesgo", se seleccionaron las categorías erróneas. Entre 1982 y 1990, dos millones y medio de personas fueron vacunadas en Estados Unidos, el 80% de las cuales eran trabajadores de la sanidad (13), a pesar de que éste era "un grupo que contabilizaba más del 5 % de los casos, incluso antes de que fuera introducida la vacuna" (13). Mala política: negocio redondo. ¡La historia más típica sobre las vacunaciones!

No importa que "la incidencia de casos de hepatitis B reportados en los Estados Unidos se ha incrementado desde la pasada década y continuaba incrementándose aún en 1985 a pesar de la introducción de la vacuna de la hepatitis B en 1982" (13). La razón para esto se hacía descansar en el hecho de que "al menos un 30 % de los pacientes con hepatitis B no pueden ser asociados a un factor de riesgo identificable, situándose fuera del alcance de una estrategia de inmunización cuyo objetivo son sólo los grupos de alto riesgo" (13). Una conclusión lógica es que la vacunación no es una medida que encaje en la lucha contra la hepatitis B. Pero esto sería forzar hasta el extremo las capacidades del pensamiento médico. Como siempre, realmente, las conclusiones fueron en la dirección opuesta. "La estrategia inmunológica ideal para

alcanzar tal objetivo es la inmunización universal de niños, adolescentes o ambos" (13). Nunca puede ser menos, siempre más. Menos es perjudicial para el negocio. Una vez que consigues difundir el programa entre la población entera, puedes empezar a trabajar en la vacunación; primero una vez, luego cada diez años, más tarde cada cinco, al final todos los años. Y si no funciona, dejas la discusión y lo empiezas todo otra vez con una nueva vacuna "mucho mejor". Es una triste, triste historia, que viene repitiéndose una y otra vez.

¿Podemos hacer algo entonces? ¡Por supuesto que sí! "A pesar de no ser un factor de riesgo en sí mismo, el bajo nivel socio-económico puede indicar estilos de vida, comportamientos o hábitos, que resultan de gran riesgo para la infección HBV" (13). Obviamente, el paro y sus consecuencias (consumo de drogas) es un "factor de riesgo" mucho mayor que el ser un miembro de la profesión médica. Así que la única vacuna efectiva sería aquella que previniera el desempleo. ¡Bien, adminístrese tan a menudo como sea posible! ○

\* El autor edita una revista trimestral especializada, en inglés, cuya temática gira en torno al problema vacunal: *The International Vaccination Newsletter*. Kreckenstraat, 4. 3600 Genk, Bélgica. Fax: +32 89 304982.

El objetivo de esta publicación es proporcionar información precisa y crítica sobre las vacunas, y servir como instrumento de conexión a las personas y organizaciones que trabajan en este campo. Entre sus prestigiosos colaboradores se encuentran G. Buchwald, H. Coulter, S. Delarue, G. Vithoulkas, A. Zaren, R. Sankaran, etc.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DENNIN R.H. Hepatitis B-Impfung ohne Antikörperbildung. Päd. Praxis 35; 515-6
2. JILG, W.; U. MITARB.: Dt. med. Wschr. 1985; 110:205
3. SZMUNESS, W. et al.; Hepatology, 1981; 5:377
4. CROSNIER, J. et al.; Lancet, 1981 i; 456
5. STICKL, H; Hepatitis-N-Impfung des Neugeborenen, wenn der Vater eine chronische Hepatitis-B hat. Päd. Praxis 34; 579
6. FROESNER, G.; Impfungen bei Hepatitis. Päd. Praxis, 34; 593
7. Centrum voor Geenesmiddelenbewaking. Overgevoeligheid bij vaccinatie tegen hepatitis B. Folia Pham, 1992; 19/4: 31-2 (Vaccine: Engerix)
8. NOEL, I.; GALLOWAY, A.; IVE, F.A. Hypersensitivity to thiomersal in hepatitis B vaccine. Lancet 1991 ii; 338:705
9. HUDSON, T.J.; Adverse reaction to the recombinant hepatitis B vaccine. J Allergy Clin Immunol, 1991; 88:821-2

10. TUOHY, P.G.; Guillain-Barré syndrom following immunisation with synthetic hepatitis B vaccine. *Nueva Zelanda Med J*, 1989; 102: 114-5

11. LEENTVAAR-KUIJPERS, A. et al.; Frecuencia van prikaccidenten met door hepatitis B-Virus besmet bloed bij ziekenhuismedewerkers in 15 ziekenhuizen in Amsterdam en omgeving in 1985. *Ned Tijdschr Geneesk*, 1987; 131: 2188-90

12. BOTMAN, M.J. et al.; Immunisatie tegen hepatitis B; kosten en baten in een Nederlands ziekenhuis. *Ned Tijdschr Geneesk*, 1984; 128: 1748-52

13. ALTER, M.J. et al. The Changing Epidemiology of Hepatitis B in the United States. Need for Alternative Vaccination Strategies. *JAMA* 1990; 263/9: 1218-22

14. NEAL, K.R.; DUNBAR, E.M.; Prophylaxis against hepatitis A for travel. *BMJ* 1990; 300,28/4:1138

15. HERROELEN, L.; DEKEYSER, J.; EBINGER, G. Central-nervous-system-demyelination after immunisation with recombinant hepatitis B vaccine. *Lancet*, 1991; 338/8786: 1174-5

16. SHAW, F.E. et al; Postmarketing surveillance for neurologic adverse events reported after hepatitis B vaccination. *Am J Epidemiol*, 1977; 127/2: 337-52

17. Anonymous. Hepatitis B vaccines: reported reactions. *WHO Drug Information*, 1990; 4:129

18. Rietschel, R.L.; Reactions to thiomersal in hepatitis B vaccines. *Dermatol Clinics* 1990; 8/1:161-4

19. LOHIYA, G.; Asthma and urticaria after hepatitis B vaccination. *West J. Med*, 1987; 147:341

20. Department of Health. Immunisation against infectious disease. London: HM Stationery Office, 1990

21. TILZEY, A.J.; BANATVALA, J.E. Hepatitis A. Changing prevalence and possible vaccines. *BMJ* 1991; 302:1552-3

22. HALL, A.J.; Hepatitis A immunisation *BMJ* 1991; 303:246-7 (letter)

23. ZUCKERMAN, J.N. et al; Hepatitis A immunisation. *BMJ* 1991; 303:247 (letter)

24. LEDNAR, W.M. et al; Frequency of illness associated with hepatitis A virus infection in

adults. *Am J Epidemiol*, 1985; 122/2: 226-33

25. SZMUNESS, W. et al; The prevalence of antibody to hepatitis A antigen in various parts of the world: a pilot study. *Am J Epidemiol* 1977; 106/5:392-8

26. DIENSTAG, J.L. et al; Hepatitis A virus infection: new insights from seroepidemiologic studies. *J Infect dis* 1978; 137: 328-40

27. KORETZ, R.L. et al; The long-term course of non-A non-B post-transfusion hepatitis. *Gastroenterology*, 1980; 79: 893-8

28. CZAJA, A.J.; Chronic hepatitis C virus infection - A disease in waiting ? *NEJM* 1992; 327/27: 1949-50

29. British Committee on Safety of Medicines. *Current Problems*, 1994; 20: 16/ati d

30. *Arznei-Telegramm*, 1995; 2: 24

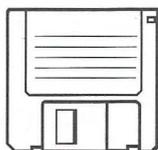
31. ALTER, M.J. et al; The Natural History of Community-acquired hepatitis C in the United States. *NEJM*, 1992; 327: 1899-905

32. TILZEY, A.J. et al; Clinical trial with inactivated hepatitis A vaccine and recommendations for its use. *BMJ*, 1992; 304: 1272-6

## NATURA MEDICATRIX

# Normas para la presentación de originales

1. Se admitirán artículos relacionados con los diversos apartados de que consta la revista (\*). Los trabajos serán preferiblemente originales, aunque también se considerará la publicación de traducciones o textos de ediciones agotadas (en caso de traducciones, adjuntar una copia del original). En todos los casos el contenido de los artículos se presentará con suficiente rigor científico. El equipo de redacción se reserva el derecho de rechazar los trabajos que considere inapropiados o de proponer las modificaciones o aclaraciones que considere adecuadas.



2. Los trabajos se enviarán preferiblemente en soporte informático (diskette), el cual se acompañará de una copia impresa. Puede utilizarse cualquier programa (entorno Macintosh o PC). Si ello no fuera posible se presentarán mecanografiados. El autor conservará en todo caso una copia del trabajo.

3. La extensión máxima del texto será de unos 14 folios tipográficos (un folio tipográfico consta de 2.100 espacios, es decir, 30 líneas de 70 espacios).

4. Conviene incluir un resumen sucinto del trabajo, de unas 150 palabras, que sirva para elaborar el *English Abstract* y la relación de palabras clave (*Keywords*). Así se facilita que los artículos sean incluidos en los repertorios bibliográficos internacionales, algo muy valioso para la difusión de las alternativas sanitarias entre estudiantes y profesionales.

5. Es importante que pueda percibirse con claridad cual es la conclusión o conclusiones principales del trabajo. Para ello puede ser útil que el artículo termine con un apartado final en el que se recojan las ideas centrales que se hayan ido desarrollando. Igualmente puede ser útil tratar de integrar la parte en el todo, es decir, relacionar el contenido particular del artículo con el cuerpo general de conocimientos al que se refiere.

6. Es deseable la inclusión de tablas, esquemas o ilustraciones para una mejor comprensión del texto.

7. Las fotografías se presentarán preferiblemente en forma de diapositivas originales para una buena calidad de reproducción.

8. Las notas se incluirán en forma de relación al final del artículo, precediendo a la Bibliografía.

9. Bibliografía: se puede ordenar correlativamente, en el orden que aparezca en el texto, o bien ordenada alfabéticamente. La forma de reseñar será la adoptada por la *U.S. National Library of Medicine* y usada en el *Index Medicus*.

**Reseñas de libros:** Apellido del autor(es) seguido de la inicial del nombre; título completo del libro; nombre de la editorial; localidad donde ha sido editado; año de edición. **Ejemplo:** BOURDIOL RJ. *Traité d'Iridodiagnostique*. Ed. Maisonneuve, Sainte Ruffine, Francia, 1975.

**Reseñas de revistas:** Apellido del autor(es) seguido de la inicial del nombre (si son más de seis reseñar solo los tres primeros seguidos de la abreviatura *et al.*; título completo del artículo; título abreviado de la revista, sin puntos ni comas; año de publicación; número de la revista; número de las páginas. **Ejemplo:** HERRANZ G, *Estilo y Ética, la nueva edición de normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas*. *Medicina Clínica*, 1985; 84, 189-90.

10. También se admiten noticias o notas más breves que por su especial interés sea útil dar a conocer.

(\*) Nutrición, Fitoterapia, Homeopatía, Acupuntura, Técnicas de Medicina Biológica, Técnicas de Diagnóstico, Hidroterapia, Crenoterapia, Rehabilitación, Investigación Médica, Fisioterapia, Terapias Manuales, Iridología, Terapia con suplementos, Medicina Tradicional, Psiquiatría-Psicología, Musicoterapia, Cromoterapia, Aromaterapia, Ergonomía, Ginecología y Obstetricia, Psiconeuro-inmunología, Medicina Antroposófica, Criterio Médico, Historia de la Medicina, Casos clínicos, Entrevistas, Enfermería, Extractos Bibliográficos, etc.

