

### Hepatitis B en niños inmigrantes y adoptados

C. Cubero Sobrados\*, P. Marín Solano\*\*,  
E. Rodríguez Pérez\*\*\*

\*Pediatra. CS La Paz, Rivas Vaciamadrid. Madrid.

\*\*Médico de Familia. CS Artilleros. Madrid.

\*\*\*Médico de Familia. CS Campo de la Paloma. Madrid.

---

Sr. Director: En el número 13 de su revista, H. Huerga y R. López-Vélez publican una revisión sobre enfermedades infecciosas en niños inmigrantes<sup>1</sup>. El objeto de nuestra carta es ampliar dicha revisión en lo referente al virus de la Hepatitis B (VHB).

La infección por el VHB tiene un gran impacto epidemiológico a escala mundial: más de 350 millones de individuos padecen infección crónica; incluso se estima que unos dos mil millones han estado en contacto con el virus<sup>2</sup>. En la mayoría de los países en vías de desarrollo (África subsahariana, Sudeste Asiático) la infección ocurre durante la niñez, llegando a tasas de prevalencia de infección crónica entre la población general del 8-10%. En la región del Amazonas y el Este y Centro de Europa se alcanzan tasas del 5%. Se erige, por tanto, en un importante problema de salud pública.

Es por ello crucial en su prevención la inmunoprofilaxis. Desde 1982 se dispone de una vacuna intramuscular eficaz y segura; si bien no cura la enfermedad, previene el desarrollo de una infección crónica en el 95% de los casos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la recomienda encarecidamente desde 1991 a todos los niños, puesto que son ellos los más susceptibles de desarrollar una hepatitis crónica (el 90% de los infectados en el primer año de vida y del 30 al 50% si se infectan entre el primer y cuarto años)<sup>3</sup>. A pesar de ser más necesaria por tanto entre los niños de países pobres, esta estrategia sólo ha sido adoptada hasta la fecha por países industrializados y desarrollados (cuya tasa de cronicidad es menor del 1%)<sup>4</sup>.

El mecanismo de transmisión difiere entre los países en vías de desarrollo y los industrializados. En los primeros se

produce mayoritariamente por contacto madre-hijo (tanto transmisión vertical como horizontal, más frecuente una u otra dependiendo de las diferentes regiones y sus tasas de antígeno e de la hepatitis B (HBeAg) en mujeres embarazadas), niño-niño y contagio doméstico; mientras, en los segundos cobra más importancia la vía sexual y el uso de drogas parenterales durante la vida adulta<sup>5</sup>.

En Europa y Estados Unidos la política más aceptada es el esquema vacunal con dosis a 0, 1 y 6 meses. Algunos países (Suiza, Francia, Reino Unido) aplican asimismo el esquema vacunal 0, 1, 2, 12 meses, el cual produce unos niveles de anticuerpo de superficie (anti-HBs) más elevados y una protección más duradera<sup>6</sup>.

La vacunación parece conferir una inmunidad protectora al menos durante doce años a niños y adolescentes, sobre todo si se procede antes de los cinco años. En recién nacidos de alto riesgo vacunados en los seis primeros meses de vida se estima que ésta dura al menos cuatro o seis años, dependiendo del tipo de vacuna recombinante utilizada. No existe evidencia hasta la fecha de la necesidad de una dosis de refuerzo en este colectivo. Se estima que, incluso en inmigrantes procedentes de zonas en-

démicas, la vacunación primaria es suficiente y efectiva<sup>7</sup>.

## Niños inmigrantes

Los inmigrantes de nuestro país proceden en su mayoría de países en guerra (Balcanes) o con bajo nivel de renta (África, Asia, América latina)<sup>4</sup>. La prevalencia de infección por VHB en estos países es muy superior a la del mundo occidental, por lo que es previsible que en nuestros inmigrantes ésta sea similar a la de sus lugares de origen.

En España disponemos de pocos datos fehacientes en cuanto a las tasas de infección por VHB en niños inmigrantes. En un estudio aislado con población subsahariana asintomática asentada en Madrid en 1997 se halló una prevalencia de infección o contacto con el virus del 33,3%, similar a la que se encontró en adultos (36%)<sup>8</sup>.

Las medidas de prevención y las recomendaciones para el control de la hepatitis B estarán fuertemente condicionadas por el grado de integración de los inmigrantes en el país de acogida, así como por su país de procedencia.

Determinados estudios preconizan la inmunización masiva entre inmigrantes americanos; en cambio, en la población subsahariana se debería realizar previamente un despistaje, puesto que la pre-

valencia de portadores o infectados por VHB (como apreciamos en líneas precedentes) es muy alta. Asimismo, se recomendará la inmunoprofilaxis a los familiares del portador<sup>9</sup>. Estos estudios están realizados mayoritariamente en adultos. Entonces, ¿son estas pautas de actuación extrapolables a la población infantil? A priori se podría aceptar este supuesto, dado que la infección por VHB en los países en vías de desarrollo se adquiere fundamentalmente durante la infancia. No obstante, se precisarían nuevos estudios para corroborarlo.

### Niños adoptados

La adopción internacional ha aumentado considerablemente en España durante los últimos cinco años; así, por ejemplo, en Cataluña ha pasado de ser de 119 niños en el año 1997 a 558 en el 2000<sup>4</sup>. Nuestras preguntas son: ¿presentan estos niños mayor prevalencia de infección de hepatitis B que la población autóctona?; ¿qué medidas preventivas podemos aplicar al respecto?

Los niños que se adoptan en nuestro país son de diversa procedencia, en su mayoría de China, Corea, Rusia y Rumanía (todos ellos países con elevadas tasas de prevalencia de infección por VHB); además, generalmente se hallaban recluidos en orfanatos, donde vivían

an hacinados y con pésimas condiciones sanitarias.

La mayor parte de los estudios de que disponemos se han realizado en Estados Unidos. Los lugares de origen de los niños adoptados en ese país son, en su mayoría, los mismos que los del nuestro. En un estudio español se encontraron tasas de antígeno de superficie (HBsAg) variables dependiendo de su procedencia: desde 4-6% en niños coreanos hasta el 31 y 35% en hindúes y rumanos respectivamente<sup>4</sup>.

De los estudios revisados<sup>10,11</sup> hemos recogido algunos datos de interés:

- La edad media de adopción es de aproximadamente diecinueve meses.
- El 71% son niñas.
- La mayoría de los niños adoptados (65%) no poseen cartilla de vacunación. De los que la presentan, el 94% tienen registros válidos y dosis vacunales aceptadas de acuerdo a nuestro calendario. Únicamente pueden aceptarse certificados médicos escritos como prueba de inmunización primaria. Éstos deben recoger las vacunas, el número e intervalo entre dosis, la edad del niño en el momento de la vacunación y cumplir los requisitos mínimos del calendario de la OMS. El hecho de que la cartilla sea válida no se asocia

a la edad del niño ni a la estancia en el orfanato. También es muy posible que los niños procedentes de estos países tengan administradas más vacunas de las que se reflejan en su cartilla. No hemos encontrado estudios en España en los que se intente determinar la validez de las cartillas de vacunación de nuestros niños adoptados.

- En las ocasiones en que se ha realizado análisis de detección de anticuerpos frente al VHB el 69% de los niños vacunados con 3 dosis presentaban anticuerpos, así como el 67% de los vacunados con 2 dosis y el 24% de los que habían recibido una.

Desde 1980 se ha aceptado que las adopciones internacionales requieren cuidados médicos especiales. Unos expertos recomiendan realizar serología para VHB a todo niño adoptado a su llegada al país de acogida. Otros, revacunar en todas las adopciones internacionales independientemente del estado de su cartilla vacunal; Este parecer se apoya en los polémicos resultados de 5 estudios recientes en los que se cuestiona su fiabilidad<sup>10,11</sup>.

En conclusión, pese a no haber unos criterios uniformes al respecto, los últimos estudios, en un intento de consensuar las pautas de actuación, establecen las medidas que esquematizamos en la Tabla I.

---

**Tabla I. Medidas preventivas**

---

**1. Medidas a tomar en los niños de adopción:**

- Determinar HBsAg, anti-HBc, anti-HBs y anti-VHC.
- En caso de positividad de HBsAg determinar anti-VHD y transaminasas séricas.
- En caso de negatividad de los marcadores serológicos del VHB proceder a la vacunación.
- Si las transaminasas son elevadas considerar la conveniencia de tratamiento antiviral en caso de demostrarse infección por alguno de los virus hepatotropos.

---

**2. Medidas de prevención en los padres adoptivos y otros familiares:**

- Vacunar de la hepatitis B antes del desplazamiento al país de origen del niño a las personas que deberán convivir con él.

*Siglas:*

- HBsAg: antígeno de superficie del VHB.
  - Anti-HBc: anticuerpo del core del VHB.
  - Anti-HBs: anticuerpo frente al antígeno de superficie del VHB.
  - Anti-VHC: anticuerpo frente al virus de la hepatitis C.
-

## Bibliografía

1. H. Huerga, R. López-Vélez. *Enfermedades infecciosas en el niño inmigrante*. Pap 2002; 13: 73-80.
2. Campos RH, López JL. *Significación clínica y terapéutica de la heterogeneidad del virus B de la hepatitis*. Rev Clin Esp 2001; 201(12): 713-4.
3. Página de la Organización Mundial de la Salud en Internet, <http://www.who.org/>.
4. Bruguera M, Sánchez Tapias JM. *Hepatitis viral en población inmigrada y en niños adoptados. Un problema de magnitud desconocida en España*. Med Clin (Barc) 2001; 117 (15): 595-6.
5. Menéndez C, Sánchez-Tapias JM, Kahigwa E et al. *Prevalencia y transmisión madre-hijo de los virus de la hepatitis B, C y E en el sur de Tanzania*. J Med Virol 1999; 58 (3): 215-20.
6. Lopalco PL, Salleras L, Barbuti S, Germinario C, Domínguez A. *Hepatitis A y B en niños y adolescentes; ¿qué podemos aprender de Puglia (Italia) y Cataluña (España)?* Vaccine 2000; 19 (4-5): 470-4.
7. Pallás Álvarez JR, Gómez Holgado MS, Llorca Díaz J, Delgado Rodríguez M. *Vacunación de la hepatitis B. Indicaciones del test serológico postvacunal y la dosis de refuerzo*. Rev Esp Salud Pública 2000; 74 (5-6): 475-82.
8. López-Vélez R, Turrientes C, Gutiérrez C, Mateos M. *Prevalencia de hepatitis B, C y D en inmigrantes del África subsahariana*. J Clin Gastroenterol 1997; 25(4): 650-2.
9. Romea Lecumberri S, Duran Pla E, Cabezos Oton J, Bada Ainsa JL. *Situación inmunológica de la hepatitis B en inmigrantes. Estrategias de vacunación*. Med Clin (Barc) 1997; 109(17): 656-60.
10. Schulte JM, Maloney Susan, Aronson Jane et al. *Evaluating acceptability and completeness of overseas immunization records of internationally adopted children*. Pediatrics 2002; 109(2): E22.
11. Saiman L, Aronson J, Zhou J, Gómez-Duarte C, Gabriel P, Schulte J. *Prevalence of infectious diseases among internationally adopted children*. Pediatrics 2001; 108 (3): 608-12.

