

Baja tasa de vacunación y riesgo de incidencia de hepatitis A entre hombres que tienen sexo con hombres infectados por VIH en Sevilla, sur de España.

Referencia original: Fernández-Fuertes M, Macias J, Corma-Gómez A, Salazar-González A, González-Serna A, Rincón P, Arriaza-Estévez MJ, Fuentes-López A, Real LM, Pineda JA. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica 42 (2024) 251-6.

Resumen:

Se presenta un estudio para conocer la tasa de incidencia y los factores de riesgo de hepatitis A en una cohorte de pacientes VIH positivo con buen estado inmunológico (mediana de LT CD4+/ μ L: 495 (304-687)). En este seguimiento prospectivo de más de 10 años, se comparan los niveles de anticuerpos del tipo IgG frente al virus de hepatitis A (VHA) al menos de forma anual en los pacientes VIH positivo, susceptibles de infección al inicio del periodo de estudio (2008-2019). Se consideran como casos incidentes de hepatitis A, aquellos pacientes con determinación negativa de anticuerpos frente a VHA al inicio del estudio en los que se observa seroconversión, sin antecedente de vacunación durante el seguimiento.

A nivel basal, se identifica que el 30% de los pacientes no tenían anticuerpos frente a VHA. De estos, el 9,5% tuvieron una infección por VHA a lo largo del seguimiento, el 30,8% de forma sintomática y de ellos, solo uno presentó una hepatitis aguda severa. La incidencia anual fue de 1,54 (IC 1,05-2,26) por 100 pa, con dos picos de incidencia en el seguimiento 2009-2010 y 2017-2018 coincidiendo con brotes declarados en diferentes países, siendo el grupo de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) el más representado. La infección

incidente por VHA se asoció de forma independiente con pertenecer al grupo HSH.

Durante el periodo de estudio casi el 40% (105) de los individuos susceptibles recibieron vacunación frente a hepatitis A, un elevado porcentaje pertenecían al grupo de HSH. La mayoría de los individuos presentaron una correcta respuesta vacunal, excepto un individuo que presentó una seroreversión a los 4 años de la vacunación y 20 individuos fueron no respondedores a la vacunación (10 de ellos solo habían recibido una dosis de vacuna). De los individuos vacunados, 4 fueron considerados casos durante el seguimiento, todos ellos con infecciones asintomáticas.

Los autores concluyen que las tasas de incidencia son bajas y estables y que los brotes afectan sobre todo a HSH no vacunados. Sin embargo, comentan que las coberturas de vacunación observadas son insuficientes y la respuesta a la misma es limitada.

COMENTARIO:

El presente estudio aporta datos sobre la cobertura de vacunación frente a hepatitis A en personas que viven con VIH (PVVIH), un grupo con una morbilidad y mortalidad aumentada frente a varias enfermedades inmunoprevenibles.

A nivel mundial, se estima que 1,4 millones de casos de hepatitis A se notifican cada año, la mayoría en África y Asia. En países desarrollados como España, la prevalencia es baja ya que los avances y las mejoras en las condiciones higiénico-sanitarias y la disponibilidad de una vacuna específica han llevado a la existencia de un elevado porcentaje de población susceptible en las últimas décadas. En los últimos años, se ha producido un aumento de incidencia de VHA en países desarrollados debido a brotes con transmisión persona-persona,

con especial afectación al colectivo de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH).

La vacunación en grupos de riesgo, incluidos las PVVIH, se inició en España en la década de los 90. La pauta de vacunación frente a hepatitis A en PPVIH es específica para este grupo de riesgo, y tiene en cuenta el estado inmunológico ([Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones, 2018](#)):

- Si $CD4 > 350/mm^3$, la pauta será de 2 dosis (0, 6 meses).
- Si $CD4 < 350/mm^3$, la pauta será de 3 dosis (0, 1 y 6 meses).

Se recomienda administrar vacuna monovalente y realizar una determinación de marcadores serológicos a los 2-3 meses tras la segunda dosis; y si es negativa se administrará una dosis adicional. Para este estudio solo se ha tenido en cuenta la pauta de vacunación general de 2 dosis separadas al menos 6 meses entre ellas, sin realizar referencia a la posible dosis adicional, ya sea por falta de respuesta o por el estado inmunológico. En el presente estudio la adherencia a la vacunación frente a hepatitis A fue del 72,4%, cifra ligeramente inferior a la observada en otros estudios (Birk N Ket al. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 2023; 19).

Para conseguir una mejora en las coberturas vacunales de grupos de riesgo (infección VIH, pacientes trasplantados, esplenectomizados, con terapia inmunosupresora, etc.), se debería empezar por conocer los datos de inmunización actuales y elaborar un sistema para monitorizar la evolución. Otro punto importante es difundir la cultura de la vacunación en el adulto, tanto entre profesionales sanitarios como en pacientes y optimizar los circuitos asistenciales entre las especialidades médicas implicadas a nivel hospitalario en la

administración de vacunas, para facilitar la adhesión a la práctica clínica vacunal y la valoración posterior de la respuesta a las vacunas administradas.

Aitana Morano Vázquez

Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Madrid