

Antígeno de superficie; comportamiento de su positividad en un área de salud

Surface Antigen: Behavior of its positivity in a Health Area

Dra. Natacha Pereira Bordelois; Dr Annia González Flores

Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos Juan Finlay. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en 50 pacientes con antígeno de superficie positivo, pertenecientes al Policlínico Comunitario Docente "Carlos Juan Finlay, de la ciudad de Camagüey, en el período comprendido de enero de 1997 a enero de 1999. A los sujetos objetos de estudio se les llenó una encuesta médica según la bibliografía revisada, y que constituyó el registro primario de la investigación. Los resultados se presentan en porcentaje. Se encontró que el sexo masculino y el grupo de 20 a 29 años fue el más representativo de la muestra de estudio. La promiscuidad, con el 64% fue el factor de riesgo más relevante, junto a la vía de transmisión sexual con el 78%. La hepatitis aguda fue la entidad clínica que más pacientes aportó a la muestra, y la astenia el síntoma clínico más frecuente.

DeCS: ANTIGENOS DE SUPERFICIE; ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

ABSTRACT

A descriptive cross-sectional study of the 50 patients with antigen of positive Surface, belongin to "Carlos Juan Finlay" Teaching Communitary Hospital of Camagüey City during the period from January, 1997 to January 1999 was

performed. The study universe was composed of the oil patients with antigen of positive surface which were selected from the Book of Compulsory Declaration of transmissible Diseases in the health Area and the from individual Clinical Records. All subjects of the study completed a medical survey according to the reviewed literature and which constituted the primary Register of the Research. Data obtained are presented in statistical charts and processed through the statistic package Microstat in a IBM compatible computer. percentage was used as a comparison measure. It was found that masculine sex and the group of 20-29 years was the most representative of the study sample. Promiscuity with 64% was the most significant factor of risk, together with the sexual transmission via with 78%. Acute hepatitis was the clinical entity with more patients for the sample and the asthenia was the symptom with more frequent claims.

DeCS: ANTIGENS, SUFARCE; PRIMARY HEALTH CARE.

INTRODUCCION

Desde la antigüedad, los médicos y científicos de la época se preocupaban por aquellas enfermedades que podían "inflamar el hígado y las vías biliares", así en 1855 Bumbeng y Herman diagnosticaron la hepatitis y la presencia de un agente icterígeno en el suero (1,2).

El hecho etiopatogénico más significativo, lo constituye la identificación de un antígeno circulante que se encuentra en el suero sanguíneo con su antígeno homólogo como indicador específico de una de las formas clínicas y humorales de la hepatitis B (1,3).

El verdadero conocimiento del antígeno de superficie no comenzó hasta 1965, con el descubrimiento en un paciente oriundo de Australia, cuando se le estudiaban las proteínas plasmáticas y se identificó una proteína que reaccionaba con el suero de individuos politransfundidos (hemofílicos) y lo llamaron "antígeno de Australia". Prince, también de forma independiente, lo encontró en pacientes con hepatitis severa.

Actualmente se le conoce a estas proteínas como el antígeno de superficie de las hepatitis séricas (1,8).

El antígeno de superficie es sintetizado en el citoplasma de los hepatocitos y es el primer marcado serológico que aparece en la parte final del período de incubación de la enfermedad, mucho antes que la ictericia y las alteraciones bioquímicas que

evidencian el daño hepatocelular. El antígeno de superficie persiste en el suero por un período variable de uno a seis meses de alcanzado su título más alto, conjuntamente con los niveles máximos de bilirrubina y aminotransferasa, para luego aparecer en la etapa convalescente de la enfermedad. La persistencia del antígeno de superficie por más de seis meses, después de un período agudo, define la condición de portador asintomático del antígeno de superficie (9-11).

Aproximadamente entre el 7 y el 8% de los pacientes infectados por el virus B, se vuelven portadores del antígeno de superficie, lo que proporciona una reserva sustancial de la infección y su transmisión.

El portador no siempre es sano, pues en él puede existir una lesión hepática demostrable (7,8).

El anticuerpo contra el antígeno de superficie aparece en los pacientes en la fase convalescente de la enfermedad y no en la fase aguda, entre la desaparición del antígeno y la aparición de su anticuerpo ocurre un período de semanas o meses, que se conoce con el nombre de "período de ventana". La presencia del anticuerpo es indicativo de recuperación de la enfermedad y del desarrollo de la inmunidad del paciente (10-11).

El antígeno de superficie está prácticamente en todas las secreciones y excreciones corporales (salivas secreciones nasofaríngeas, semen, secreciones vaginales, lágrimas, bilis y líquido pleural) (9-11).

El desarrollo del estado de portador crónico parece depender de la respuesta inmunológica humoral y mediada por célula de cada paciente (9,10).

Los grupos de alto riesgo que deben considerarse como portadores del antígeno de superficie son: personal de salud, técnicos de laboratorio y bancos de sangre, auxiliares dentales, individuos con algún órgano trasplantado, pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis y hemodiálisis, pacientes politraumatizados o hematológicos que requieran transfusiones frecuentes, los sometidos a terapia inmuno-supresora, promiscuos, homosexuales y drogadictos (3-8).

OBJETIVOS

I General :

Conocer el comportamiento del antígeno de superficie positivo en la población de 15 años y más del Policlínico Comunitario Docente "Carlos Juan Finlay".

II Específicos:

1. Caracterizar en los sujetos objeto de estudio variables demográficas como edad, sexo y ocupación.
2. Identificar las posibles vías de contagio y factores de riesgo asociados.
3. Determinar las manifestaciones clínicas y formas de presentación

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, en pacientes de 15 años y más con antígeno de superficie positivo, pertenecientes al Policlínico Comunitario Docente Carlos Juan Finlay, de la ciudad de Camagüey, de enero de 1997 a enero de 1999.

El universo de estudio estuvo constituido por 50 pacientes con antígeno de superficie positivo, tomados del libro de declaración obligatoria de las enfermedades transmisibles del área de salud y de las historias clínicas individuales, del departamento de estadísticas de dicho policlínico.

Se confeccionó para tales efectos una encuesta médica según bibliografía revisada, la cual fue llenada a cada uno de los pacientes por la autora de la investigación y que contó con las siguientes variables:

- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Vía de transmisión
- Manifestaciones clínicas
- Factores de riesgo
- Formas clínicas

Los datos obtenidos fueron codificados manualmente y procesados en una computadora IBM compatible, utilizando el paquete de programas Microstat y como medida de comparación el porcentaje.

DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Factores de Riesgo:** Son rasgos característicos de ciertas condiciones biológicas, psicológicas y sociales que se asocian a un incremento en la susceptibilidad para desarrollar determinadas enfermedades.

- **Portador:** Persona infectada que albergue un virus sin síntomas clínicos.

Vías de transmisión: mecanismos que utiliza el agente infeccioso para pasar desde el reservorio hasta el huésped susceptible. Pueden ser:

- **Oral:** Persona que haya compartido utensilios de uso personal con un portador o enfermo, en un término de nueve meses antes de convertirse en positivo el antígeno de superficie .
- **Parenteral :** Toda persona que haya realizado tratamiento médico por vía parenteral o se haya realizado exodoncia con nueve meses de anterioridad a hallarse positivo el antígeno de superficie.

- **Sexual:** Persona que a través de la entrevista con el equipo de salud, se conozca que cambia de pareja frecuentemente (más de 2 en 6 meses) o que ha mantenido relaciones sexuales con enfermos o portadores de Hepatitis B, ocho o nueve meses antes de presentar antígeno de superficie positivo.

RESULTADOS

De los 50 pacientes con antígeno de superficie positivo, 18 resultaron del sexo femenino (36%) y 32 masculinos (64%). El grupo de edades más afectado fue el de 30 a 39 años con 8 pacientes (16%) del sexo femenino y el grupo de 20 a 29 años en el masculino con 11 (22%).

Las edades menos afectadas resultaron la adolescencia y el adulto mayor.

Tabla 1. Antígeno de Superficie. Comportamiento de su positividad en un área de salud

Edades	Sexo			
	Femenino	%	Masculino	%
15-19 años	-	-	3	6
20-29 años	6	12	11	22
30-39 años	8	16	7	14
40-49 años	4	8	8	16
50 años y más	-	-	3	6
Total	18	36	32	64

Al analizar la tabla 2 se advierte la relación entre pacientes con antígeno de superficie positivo y la ocupación, pues el 50% de ellos resultaron ser trabajadores, sólo dos (4%) fueron desocupados y no existía en el momento del estudio ningún paciente en el Servicio Militar Activo (SMA).

Tabla 2. Distribución de los antígenos de superficie según ocupación

Ocupación	Antígenos de Superficie Positivos	%
Trabajadores	25	50
Amas de Casa	13	26
Estudiantes	10	20
Desocupados	2	-
S.M.A	-	-
Total	50	100

Fuente: Encuesta % en base

La vía de transmisión estuvo presente en 39 pacientes para un 78%, seguida por la vía parenteral con 22 y un 44%. No se presentó ningún caso donde se demostrara la vía oral de transmisión.

Tabla 3. Distribución de los antígenos de superficie según vías de transmisión

Vía de transmisión	Antígenos de superficie positivos	%
Vía Sexual	389	78
Vía Parenteral	22	44
Vía Oral	-	-

Fuente: Encuesta % en base a 50

Cuando se analizan los factores de riesgo en pacientes con antígenos de superficie positivo, la promiscuidad constituyó el principal factor en 32 de ellos (64%), seguido del tratamiento parenteral en 12 pacientes (24%).

Ninguno de los pacientes estudiados era homosexual, drogadicto, ni habían recibido trasplante de órganos.

Tabla 4. Distribución de los antígenos de superficie según factores de riesgo

Factores de Riesgo	Antígenos de Superficie Positivos	%
Promiscuidad	32	64
Tratamiento Parenteral	12	24
Donantes de sangre	8	16
Contacto con enfermos	7	14
Trabajadores de la salud	4	8
Receptores de sangre	1	2
Insuficiencia renal con hemodiálisis	1	2
Trasplante de órganos	-	-
Homosexualidad	-	-
Drogadictos	-	-

Fuente: Encuesta - % en base

Al valorar las manifestaciones clínicas que se aprecian como significativas aparecen la astenia (62%), anorexia (54%), náuseas (50%), somnolencia y pérdida de peso (48%), seguidas del dolor abdominal, vómito y hepatomegalia. Las restantes manifestaciones clínicas no tienen significación estadística.

Tabla 5. Distribución según manifestaciones clínicas de los antígenos de superficie positivos

Manifestaciones Clínicas	Antígenos de Superficie Positivos	%
Astenia	31	62
Anorexia	27	54
Náuseas	25	50
Somnolencia	24	48
Pérdida de peso	24	48
Dolor Abdominal	22	44
Vómitos	21	42
Hepatomegalia	21	42
Coluria	20	40
Acolia o Hipocolia	17	34
Ictero	15	30
Artralgias	14	28
Fiebre	13	26
Prurito	8	16
Esplenomegalia	5	10

Fuente: Encuesta - % en base a 50

De los 50 pacientes estudiados, 27 tuvieron como formas de presentación hepatitis aguda (54%), 11 presentaron hepatitis aguda prolongada (22%); nueve fueron portadores asintomáticos (18%) y sólo tres tuvieron otras formas clínicas de presentación (6%).

Tabla 6. Distribución según formas de presentación

Formas de presentación	Antígenos de superficie positivos	%
Hepatitis Aguda	27	54
Hepatitis Aguda Prolongada	11	22
Portador	9	18
Otras formas clínicas	3	6
Total	40	100

CONCLUSIONES

1. El sexo masculino en el grupo de edades entre 20 y 29 años, resultó ser el más representativo con el antígeno de superficie positivo.
2. La mitad de los casos con antígeno de superficie positivo eran trabajadores, y la astenia constituyó el síntoma clínico predominante.
3. La vía de transmisión más importante fue la sexual y el factor de riesgo prevaleciente la promiscuidad.
4. La hepatitis aguda fue la entidad clínica que mayor número de pacientes afectó.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ranagusundaran N, Leeny C. Aspectos inmunológicos de las hepatitis. Clínica Médica Norteamérica 1997.
2. Maddney CW. Hepatitis Aguda y Crónica. Clín Méd de NA 1995;5:1455.
3. Hueprech Od. Tratado de Enfermedades Infecciosas. 2ed. 1992. T2. p.12-20.
4. Noreman B. Long-Term Remission of Chronic Hepatitis after Alpha Interferon Therapy. Ann Intern Med 1996;114(8):629-47.
5. Piedrola Gil G. Medicina preventiva y Salud Pública. 8ed. Barcelona:Salvat; 1993:569-76.
6. Sierra F. Epidemiología. Hepatitis Sérica. Act. Med. Colombia 1994;26: 360-8.
7. Llanio Navarro R. Soto Escobar A. Gastroenterología. Manual de procedimiento de diagnóstico y Tratamiento. La Habana: Editorial Pueblo y Revolución; 1989. p 156-84.
8. Romero TA, Wets MJ. Hepatitis B en donantes de Zuzin – Venezuela 1983-1991. Kasmera 1994;22(1-4):79-97.
9. Barriga G. Seroepidemiología de la Hepatitis Viral Tipo B. Rev. Med. IMSS 1997;27(3):205-8.
10. Sherloc HS. The Neutral History of Hepatitis B. Reb. Post. Graduate Medical Journal 1996; 63(2):7-11.
11. Pedroso Flagué P. Reactogenisidad de la Vacuna Herbio-Vac HB a diferentes dosis. Rev. Cubana Med. Trop 1995;47(1):65-70.

Recibido:12 de febrero de 2001

Aprobado:15 de diciembre de 2001