

Información general

08/12/2018

GRIPE

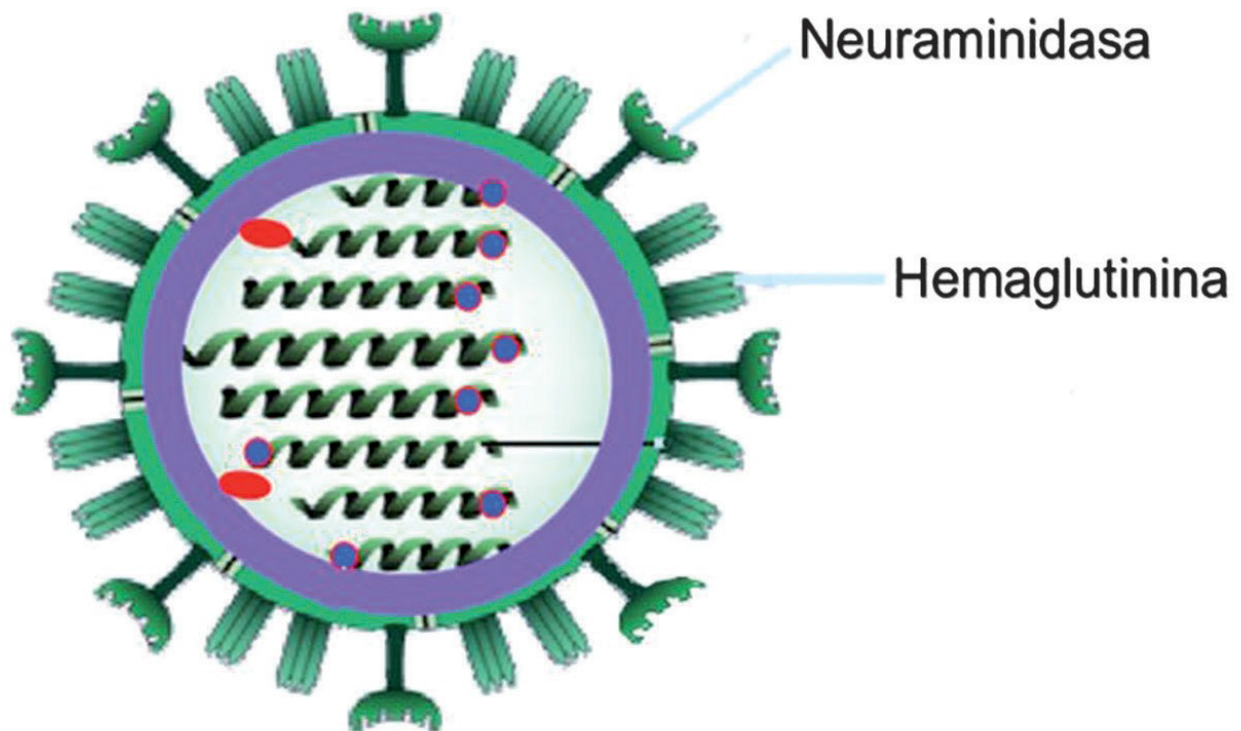
La gripe es una infección causada por el virus influenza, caracterizada por un inicio súbito de fiebre alta, dolor de cabeza, dolores musculares y articulares, y cansancio extremo.

LA ENFERMEDAD

Existen tres tipos de virus de la gripe: A, B y C; los dos primeros son los causantes de la mayoría de los casos.

El virus de la gripe de tipo A presenta gran variabilidad genética y se clasifica en subtipos en función de las diferentes combinaciones de dos proteínas de la superficie del virus: la hemaglutinina y la neuraminidasa (fig. 1). Los animales, como las aves salvajes migratorias, pueden actuar como reservorio de los virus gripales de tipo A. En la actualidad circulan entre los humanos virus de los subtipos A (H1N1) y A (H3N2), y los linajes de virus B: Victoria y Yamagata.

Figura 1



Epidemiología

En el pasado siglo ocurrieron tres pandemias de gripe, es decir, infección de gripe simultánea en diferentes países, causadas por un nuevo virus frente al que los humanos no tenían ninguna protección: en 1918, en 1957 y en 1968. La primera pandemia de gripe de este siglo la declaró la Organización Mundial de la Salud (OMS) en junio 2009 y fue causada por el virus de la gripe A (H1N1). Los virus del tipo B no tienen potencial pandémico, aunque sí epidémico⁵.

La gripe estacional es una enfermedad contagiosa (se transmite fácilmente de una persona a otra), con un periodo de incubación de entre 1 y 3 días. La transmisión es por vía aérea, por gotas o por contacto directo con personas infectadas.

Síntomas

Los síntomas incluyen fiebre alta, dolor de cabeza, dolores musculares y articulares, y cansancio extremo. Se puede

acompañar de tos seca, dolor de garganta y abundante secreción nasal. Cuando se produce en personas sanas, suelen recuperarse en el plazo de 1 semana y sin necesidad de atención médica. No obstante, en las personas con alto riesgo, la gripe puede presentar complicaciones como bronquitis o neumonía, que pueden requerir ingreso hospitalario e incluso llevar a la muerte. Sin embargo, en algunos casos la enfermedad puede no presentar síntomas.

Información general

08/12/2018

NEUMOCOCO

LA ENFERMEDAD

Las infecciones neumocócicas constituyen una causa importante de enfermedad bacteriana, incluyendo sinusitis, infección pulmonar, bacteriemia y meningitis. La enfermedad neumocócica es la principal causa de mortalidad potencialmente prevenible mediante vacunación en el mundo. Hay más de 90 serotipos de *Streptococcus pneumoniae* que afectan a la población humana, aunque se estima que 20 son los causantes de más del 70% de la enfermedad neumocócica invasiva (ENI).

Manifestaciones clínicas

Las infecciones neumocócicas pueden ser leves o graves. Las más comunes son infecciones del oído, sinusitis, neumonía, sepsis y meningitis. Los síntomas dependen de la parte del cuerpo infectada:

- **Infecciones de oído medio (otitis media):** dolor de oído,

tímpano rojo e inflamado.

- **Neumonía neumocócica (infección de los pulmones):** es la forma grave más común. Se presenta con fiebre y escalofríos, tos, respiración rápida o dificultad para respirar, y dolor de pecho. La neumonía puede comportarse como una infección local del pulmón limitada o extenderse al resto del organismo, como en la neumonía bacteriémica, que es una forma de ENI.
- **Meningitis neumocócica (infección del tejido que cubre el cerebro y la médula espinal):** se presenta con rigidez del cuello, fiebre y dolor de cabeza, que aumenta con las luces brillantes, y confusión. En los lactantes, la meningitis puede causar falta de apetito y pocas ganas de tomar líquidos, estado de alerta bajo y vómitos.
- **Infección en sangre (bacteriemia y septicemia):** se presenta con fiebre, escalofríos y letargo.

Los cuadros invasivos que desarrollan las infecciones neumocócicas son potencialmente fatales y, en el caso de la meningitis, se asocian además a una alta tasa de secuelas graves en los pacientes que sobreviven al proceso infeccioso.

Formas de contagio

La enfermedad neumocócica se propaga cuando una persona infectada tose o estornuda. Es posible que algunos niños ni siquiera se sientan mal, pero que tengan las bacterias en la nariz y la garganta. Aun así, estos niños pueden propagar la enfermedad.

Información general

08/12/2018

HEPATITIS A

LA ENFERMEDAD

La hepatitis A es una enfermedad infectocontagiosa producida por el virus de la hepatitis A (VHA), que afecta al hígado.

Manifestaciones clínicas

La hepatitis A es una infección del hígado, transmisible, de distribución mundial, causada por el VHA, cuyo único reservorio es el ser humano. La sintomatología depende de la edad.

La infección ocurre de forma esporádica (40-50% casos) o en brotes epidémicos. Es la causa más frecuente de hepatitis viral aguda¹⁻³.

Hepatitis A aguda

Tras un periodo de incubación variable de aproximadamente 28 días (rango de 15 a 50 días), el 20-40% de los pacientes presentarán una forma asintomática. Los síntomas se agravan con la edad o con la presencia de patología hepática subyacente.

- Periodo prodrómico: dura unos 10 días y se caracteriza por la aparición de síntomas como cansancio, dolores musculares, malestar general, fiebre y dolor en el hipocondrio derecho.
- Periodo de ictericia: color amarillento de la piel y los ojos, orina de color Coca-Cola, falta de apetito, picores, náuseas, vómitos, falta de coloración de las heces y ausencia de fiebre. En los niños son más frecuentes la diarrea y los vómitos. La duración de esta fase es variable, entre 3 y 12 semanas.
- Evolución: hasta un 15% de los pacientes pueden presentar una recaída a los 6 meses tras el episodio agudo. Un 10-15% pueden necesitar hospitalización. La

infección aguda durante la gestación no parece producir malformaciones en el feto, pero aumenta el riesgo de aborto, parto prematuro o complicaciones en la madre. La mortalidad alcanza hasta el 2% en los mayores de 60 años.

Hepatitis fulminante

Es un caso grave de hepatitis que ocurre en el 0,1-0,3% de los infectados, siendo las personas mayores y las que padecen una hepatopatía subyacente las más afectadas.

La hepatitis A no se cronifica

Es una enfermedad autolimitada, con recuperación espontánea (salvo complicaciones) y que deja protección para toda la vida.

Formas de contagio

- **Vía fecal-oral:** el principal factor de riesgo es el contacto personal con un enfermo. Otras situaciones de riesgo son el consumo de pescado crudo, otros alimentos o agua contaminada. Aparecen brotes en relación con guarderías y viajes a zonas endémicas.
- **Trasmisión sexual:** con menor frecuencia puede contagiarse por la práctica de relaciones sexuales (oral-anal) sin protección. En los últimos años se observa un importante incremento de casos (brotes) en hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
- **Formas esporádicas:** en un alto porcentaje de los casos no se identifica la causa del contagio.

Profilaxis preexposición

Se debe realizar profilaxis preexposición en todas las personas que tienen aumentado el riesgo de padecer hepatitis A y en aquellas en que la infección puede ocasionar graves consecuencias. Las autoridades sanitarias españolas la recomiendan en las siguientes situaciones^{4,5}:

- Viajeros mayores de 1 año que se desplacen a zonas de alta o moderada endemicidad de hepatitis A, en especial a los nacidos a partir del año 1966, y si se desplazan a zonas rurales o lugares con condiciones higiénico-sanitarias deficientes.
- Personas que padecen procesos hepáticos crónicos o hepatitis B o C; aunque no tienen un mayor riesgo de infección, tienen un mayor riesgo de hepatitis A fulminante.
- Pacientes hemofílicos que reciben hemoderivados y pacientes candidatos a trasplante de órganos.
- Familiares o cuidadores que tengan contacto directo con pacientes con hepatitis A.

- Personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana.

- Personas con estilos de vida que conllevan un mayor riesgo de infección: varones homosexuales que tengan contactos sexuales múltiples, y usuarios de drogas por cualquier vía.
- Personas con mayor riesgo ocupacional: trabajadores en contacto con animales, alcantarillado, aguas residuales, etc.
 - Recomendaciones en situaciones especiales: manipuladores de alimentos, personal que trabaja en guarderías y personal médico y paramédico de hospitales e instituciones asistenciales.
 - Convivientes y personas que van a tener contacto estrecho con niños adoptados en los primeros 60 días tras su llegada a España y que procedan de países de alta y moderada endemicidad de hepatitis A.

Profilaxis posexposición

La vacuna de la hepatitis A es eficaz como medida posexposición para prevenir la infección en los contactos, para lo cual

deberá administrarse una dosis en la primera semana tras la exposición. Puede ser considerada para contactos familiares o contactos íntimos de casos sospechosos, y también como medida de control en brotes en comunidades cerradas o instituciones, o en determinados grupos sociales con mayor riesgo de infección, de forma coordinada con otras medidas de salud pública. Su efectividad dependerá de la rapidez de la intervención, de las características de la comunidad y de la cobertura alcanzada.

El uso de inmunoglobulina polivalente se recomienda en menores de 1 año, personas inmunocomprometidas y pacientes con hepatopatía crónica.

Información general

08/12/2018

HEPATITIS B

LA ENFERMEDAD

La hepatitis B es una enfermedad infectocontagiosa producida por el virus de la hepatitis B (VHB), que afecta al hígado.

Manifestaciones clínicas

Una persona infectada por el VHB se puede encontrar en diferentes fases:

Hepatitis B aguda

Después de un periodo de incubación variable entre pocas semanas y 6 meses desde la infección por el VHB, el 70% presentará una forma asintomática o poco sintomática y el 30%

(en mayor medida los pacientes infectados en edad adulta) desarrollará síntomas clínicos con tres periodos diferenciados:

- **Periodo prodrómico:** fiebre, dolores musculares, cansancio y falta de apetito. Puede durar entre 3 y 10 días.
- **Periodo de ictericia:** color amarillento de la piel y los ojos (ictericia), orina de color Coca-Cola, náuseas, vómitos, dolor abdominal e inflamación del hígado y el bazo. Puede durar entre 1 y 3 semanas. En los análisis de sangre aparecen aumento de las transaminasas y marcadores de infección por el VHB, en concreto el antígeno de superficie HBsAg.
- **Periodo de convalecencia:** desaparece la ictericia y persisten el cansancio y la falta de apetito. Puede durar entre 1 y 3 meses, en función de la edad.

Hepatitis fulminante

Es un caso grave de hepatitis que ocurre en menos del 1% de las infecciones y tiene un alto riesgo de muerte, de entre el 60% y el 93%.

Hepatitis crónica

Se define por la persistencia del HBsAg en sangre durante más de 6 meses. La edad del contagio es el factor más importante para el desarrollo de cronicidad. Los niños menores de 1 año la desarrollan en un 80-90% de los casos, los menores de 5 años en un 30-50% y los adultos en un 2-5%. Durante este periodo, el paciente es portador del VHB, por lo que puede contagiar la infección y puede tener síntomas muy leves o estar completamente asintomático durante décadas. Se calcula que el 25% de los pacientes infectados durante la infancia y el 15% de los infectados en la edad adulta mueren como consecuencia de una cirrosis o un cáncer de hígado.

Formas de contagio

- **De madre a hijo:** la embarazada portadora transmite el virus a través de las secreciones vaginales en el momento del parto, a través de la placenta o por contacto estrecho en los primeros años de vida. En España, en la actualidad, se realizan controles a la embarazadas antes del parto, para detectar a las mujeres portadoras y poder evitar que transmitan el virus a los recién nacidos.
 - **Contacto con sangre o secreciones contaminadas:** pinchazos accidentales con material contaminado, transfusiones sanguíneas no controladas.
 - **Transmisión sexual:** relaciones sexuales con una persona portadora sin métodos de barrera (preservativos).
-

Información general

08/12/2018

PAROTIDITIS

La parotiditis es una enfermedad transmisible causada por un virus de la familia Paramyxovirus. La primera manifestación clara y más frecuente es la inflamación de la glándula parótida, que puede ser unilateral o bilateral.

Información general

08/12/2018

HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B

Haemophilus influenzae o bacilo de Pfeiffer es una bacteria que forma parte de la flora habitual de la nasofaringe en niños y adultos sanos. Sin embargo, cuando estas bacterias poseen cápsula se convierten en un riesgo para la salud, como es el caso de *H. influenzae* tipo b (Hib).

Información general

08/12/2018

DIFTERIA

LA ENFERMEDAD

La difteria es una enfermedad que se caracteriza por la producción de pseudomembranas en las vías respiratorias altas que pueden dar lugar a una obstrucción respiratoria. Está producida por *Corynebacterium diphtheriae*, un bacilo grampositivo cuyo único reservorio es el hombre. Se trata de una enfermedad muy poco frecuente en la actualidad en los países desarrollados, donde la vacunación es sistemática desde hace decenios.

Manifestaciones clínicas

La difteria afecta principalmente a las vías respiratorias altas (mucosa nasal, amígdalas, laringe o faringe) y con menor frecuencia a la conjuntiva, los órganos genitales y los

ganglios cervicales. Puede afectar también a otros órganos, como el corazón e incluso los nervios periféricos.

La lesión característica consiste en una o varias placas de membranas asimétricas, grisáceas y adheridas, con inflamación alrededor. La acción local y sistémica de la exotoxina es la que produce las extensas membranas y las lesiones orgánicas.

El período de incubación es de 2 a 7 días.

Formas de contagio y transmisión

El hombre es el único reservorio. *C. diphtheriae* se transmite de persona a persona por vía aérea o por contacto físico estrecho con una persona enferma o un portador asintomático. Este último es primordial para perpetuar la difteria, y en zonas endémicas hasta el 3,5% de la población es portador; actualmente, en los países donde no se dan casos, es sumamente raro el aislamiento del microorganismo en personas sanas.

El periodo de transmisión es variable y se mantiene desde 7 días antes del inicio de los síntomas hasta que el patógeno desaparece de las secreciones y de las lesiones, durando normalmente alrededor de 2 semanas, aunque en algunas ocasiones puede llegar hasta 4 semanas.

Los portadores crónicos pueden diseminar microorganismos durante 6 meses o más a través de las secreciones faríngeas.

Susceptibilidad

La susceptibilidad es fundamentalmente infantil. Es excepcional por debajo de los 6 meses de edad. Los hijos de madres inmunes están relativamente protegidos, pues la antitoxina materna tiene paso transplacentario. El progresivo descenso de esta antitoxina hace que, al año, el 90% de los niños no vacunados sean ya susceptibles.

Bibliografía

08/12/2018

1. Organización Mundial de la Salud. Hepatitis B. Nota descriptiva 2017 (julio). (Consultado el 15 de abril de 2018.) Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
2. Bruguera M, Sánchez Tapias JM. Epidemiología de la hepatitis B en España. Med Clin (Barc). 1990;95:470-5.
3. Centro Nacional de Epidemiología. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Instituto de Salud Carlos III. Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual 2015. Madrid, 2017. (Consultado el 25 de abril de 2018.) Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/RENAVE_INFORME_ANUAL2015.pdf
4. Vacunas de uso humano autorizadas en España. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (Consultado el 15 de abril de 2018.) Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/vacunas/autorizadasEspana/home.htm>
5. Asociación Española de Vacunología. Vacunación para el viajero. (Consultado el 15 de abril de 2018.) Disponible en: <https://vacunas.org/vacunacion-para-viajeros/>
6. Schillie S, Vellozzi C, Reingold A, Harris AM, Haber P,

Ward JW, et al. Prevention of hepatitis B virus infection in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. 2018. Disponible en: <https://www.medscape.org/viewarticle/892751>

7. Documento de consenso sobre profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA), Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST), Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH), Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT), Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública (SESLAP), Asociación Nacional de Médicos del Trabajo en el Ámbito Sanitario (ANMTAS), Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP), Sociedad Española de Medicina de urgencias y Emergencias (SEMES), Grupo de Estudio de Hepatitis Víricas-SEIMC (GEHEP) y Federación Española de la Enfermería del Trabajo (FEDEET). (Actualizado en marzo de 2015.) Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/informacion/docs/Profilaxis_postexposicion_ocupacional_y_no_ocupacional_VIH_VHB_VHC\(PPE\).pdf](https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/informacion/docs/Profilaxis_postexposicion_ocupacional_y_no_ocupacional_VIH_VHB_VHC(PPE).pdf)
8. Organización Mundial de la Salud. Iniciativa global sobre la seguridad de las vacunas. Vacunas contra la hepatitis B. (Consultado el 10 de abril de 2018.) Disponible en: http://www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/hepatitisb/es/
9. Santos E, Fuentes A. Aspectos actuales de la patogenia, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis B. Med Clin

(Barc). 2007;128:579-83.

10. Programa de vacunaciones. Servicio de Protección y Prevención de la Salud. Consejería de Salud, Región de Murcia. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/41293-Interpretacion.pdf>

Situaciones especiales

08/12/2018

- *Recién nacidos prematuros:* los que pesen más de 2000 g serán vacunados igual que los lactantes a término. Los que pesen menos de 2000 g nacidos de madres no portadoras recibirán la primera dosis 30 días después del nacimiento, y luego a los 2 y 6 meses. Si la madre es portadora o se desconoce el estado, recibirán una dosis de vacuna en las primeras 12 horas de vida, junto con una dosis de anticuerpos específicos, y se completará la vacunación posteriormente a los 1, 2 y 6 meses, recibiendo un total de cuatro dosis.
- *Pacientes inmunodeprimidos o en hemodiálisis:* pueden necesitar dosis más altas o más dosis de vacuna, y es necesario comprobar tras la vacunación que han alcanzado el título de anticuerpos protectores en sangre. Posteriormente, cada año debe comprobarse la titulación para, en caso de que descienda, administrar una dosis de recuerdo. Existe una vacuna específica para este grupo de pacientes (Fendrix[®]) que se administra en cuatro dosis con pauta 0, 1, 2 y 6 meses.
- *Pacientes con trasplante de órgano sólido:* en estos pacientes, la infección por el VHB puede ser mucho más

grave, por lo que es necesario completar la vacunación antes de que se realice el trasplante. La pauta habitual de 0, 1 y 6 meses es la recomendada, pero en caso de que sea necesario se pueden utilizar pautas aceleradas. Entre 1 y 3 meses tras completar la vacunación se recomienda determinar el título de anticuerpos protectores para, en caso de que no haber alcanzado un valor adecuado, administrar dosis de recuerdo.

- *Niños inmigrantes o adoptados*: se determinarán los anticuerpos frente al VHB y, si no presentan títulos protectores, deben ser vacunados con tres dosis, ajustándose al calendario de vacunación recomendado.

Seguridad de la vacuna contra la hepatitis B

08/12/2018

Tanto las vacunas que solo protegen contra la hepatitis B como las combinadas con otros microorganismos (hepatitis A, poliomielitis, *Haemophilus influenzae* tipo b, difteria-tétanos-tos ferina) son seguras.

Todos los estudios epidemiológicos⁸ que se han realizado concluyen que no existe asociación causal entre la vacuna contra el VHB y la esclerosis múltiple, el síndrome de Guillain-Barré, la leucemia, el síndrome de fatiga crónica ni la artritis reumatoide.

Efectos adversos

Los más frecuentes, entre el 1% y el 10%, son locales y consisten en dolor, enrojecimiento e induración en la zona de administración.

Las reacciones adversas generales son menos frecuentes, entre el 0,01% y el 0,001%: fiebre, cansancio, malestar, dolor de cabeza, síntomas intestinales, síntomas gripales, síntomas respiratorios tipo broncoespasmo, reacciones cutáneas como picor y urticaria, y descenso de las plaquetas.

Contraindicaciones

La vacuna contra el VHB está contraindicada en caso de reacciones alérgicas a dosis previas o de antecedentes de alergia a algún componente de la vacuna.

En presencia de una enfermedad febril aguda grave, aunque no es una contraindicación, es recomendable posponer la vacunación hasta que el paciente se haya recuperado.

Diagnóstico serológico de hepatitis B

Los marcadores serológicos permiten diferenciar las fases de enfermedad aguda, convalecencia y cronicidad de la enfermedad^{9,10} (tabla 4):

- *HBsAg*: se utiliza para el diagnóstico de la infección aguda y crónica. Aparece al final del periodo de incubación, en la fase aguda, y si el proceso evoluciona bien, desaparece entre el segundo y el cuarto mes. Si aparece más allá del sexto mes, denota cronicidad.
- *HBeAg*: indica replicación activa del virus y una alta infectividad. Que sea negativo es de buen pronóstico, y por el contrario, su positividad en la hepatitis crónica se correlaciona con el desarrollo de cirrosis.
- *Anti-HBc*: es el primer anticuerpo que aparece en la hepatitis B y permanece durante años. Tiene escaso valor diagnóstico porque puede encontrarse en todas las fases de la enfermedad (aguda, crónica y curada). Los anticuerpos anti-HBc tipo IgM son útiles como marcadores de infección reciente, cuando el HBsAg ya se ha negativizado, mientras que los tipo IgG aparecen más tardíamente y pueden permanecer toda la vida.

- *DNA del VHB*: es un marcador de replicación activa y se asocia con enfermedad activa y alta infectividad. En la práctica clínica es muy útil para monitorizar el tratamiento de los pacientes con enfermedad crónica.
- *Anti-HBe*: aparece en la fase final de la enfermedad aguda y en las fases tempranas de la crónica. Pronostica buena evolución y baja infectividad.
- *Anti-HBs*: indica recuperación de la enfermedad e inmunoprotección frente al virus. Es el último que aparece después de desaparecer el HBsAg, con un intervalo de hasta 6 meses. Es el único que aparece en pacientes vacunados.

Tabla 4.

Patrones de marcadores en los estadios de la infección por el virus de la hepatitis B (Fuente: Programa de vacunaciones. Servicio de protección y prevención de la salud. Consejería de Salud de la Región de Murcia¹⁰)

Test	Resultados	Interpretación
AgsHB	Negativo	Susceptible
Anti-HBc	Negativo	
Anti-HBs	Negativo	
AgsHb	Negativo	Inmune
Anti-HBc	Negativo o positivo	
Anti-HBs	Positivo	
AgsHB	Positivo	Infección aguda
Anti-HBc	Positivo	
Anti-HBc (igM)	Positivo	
Anti-HBs	Negativo	

AgsHB (>6 meses)	Positivo	Infección crónica
Anti-HBc	Positivo	
Anti-HBc (IgM)	Negativo	
Anti-HBs	Negativo	
AgsHb	Negativo	Siete interpretaciones posibles ^b
Anti-HBc	Positivo	
Anti-HBs	Negativo	

Test	Resultados	Interpretación
AgsHb	Positivo	Tres interpretaciones posibles ^c
Anti-HBc	Positivo	
Anti-HBs	Positivo	
Anti-HBc	Positivo	Cuatro interpretaciones posibles ^d
Anti-HBs	Negativo	

^a El anti-HBc positivo implica inmunidad tras el padecimiento de la enfermedad o infección subclínica posvacunación; si es negativo en una persona vacunada implica inmunidad. En ocasiones también se observa el patrón anti-HBs positivo aislado tras la recuperación del padecimiento de la infección natural. En el 80% de estos casos, el título de anti-HBs es <10 mUI/ml, transitorio y no protector. El anti-HBs positivo aislado también puede representar una recepción reciente de inmunoglobulina específica, pérdida de anti-HBc en infecciones naturales, o reactividad inespecífica producida por reacción de IgM que se une a AgHB.

^b Anti-HBc aislado:

- Recuperación de infección aguda (periodo ventana). En este caso son positivos el anti-HBc y el anti-HBc (IgM).
- Infección pasada resuelta con títulos indetectables de anti-HBs. Si anti-HBc (IgM) negativo y DNA-VHB negativo, y tras una dosis de vacuna anti-HBs >50 mUI/ml, implica respuesta anamnésica (infección pasada resuelta) y no son necesarias dosis adicionales de vacuna, al estar el sujeto plenamente protegido.

- Infección pasada no resuelta con carga baja de AgHB (infección oculta) que no suelen ser infectantes (hasta en el 10% de los casos es positivo el DNA-VHB) o en vías de curación con positivización lenta de anti-HBs.
- Susceptible con resultado falso positivo de anti-HBc (en áreas de baja prevalencia se observa este patrón hasta en un 10% de los análisis específicos). Si anti-HBc (IgM) y DNA-VHB negativos, administrar una dosis de vacuna, y si anti-HBs ≤ 50 mUI/ml completar series con dos dosis restantes, pero si >10 mUI/ml supone respuesta anamnésica. Si tras la dosis el anti-HBs >10 mUI/ml implica respuesta primaria a la vacuna.
- Falso positivo en coinfección por VHB, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o virus de la hepatitis C (VHC): determinar anti-HBe para discernir entre infección previa por VHB o falso positivo, o hacer serología específica de VHC y VIH.
- Transferencia pasiva de anticuerpos al niño de madre con infección pasada o presente (detección hasta 24 meses posparto).
- Fallo de detección de AgsHB por encontrarse en pequeñas cantidades en suero o por virus mutantes: determinar DNA-VHB para confirmar infección.

^c Inicio de respuesta antiviral a infección crónica con positivización lenta de anti-HBs o reactivación de VHB en inmunodeprimidos.

- Infección resuelta con una segunda infección crónica por mutante de VHB.

- Falsa positividad de anti-HB.

^d Más frecuente: falso positivo con reacción inespecífica, requiere pruebas de confirmación mediante neutralización con anticuerpos monoclonales específicos. Menos frecuente: a) primoinfección aguda en fase muy precoz o inmunotolerancia extrema a infección crónica, requiere pruebas de confirmación y estudios de seguimiento; b) infección muy precoz; c) vacunación de VHB en 3 semanas anteriores.