

Medidas para prevenir la hepatitis A, ¿es necesaria la vacunación sistemática?



R. Martín Masot¹, L. García Soto²

¹UGC Pediatría. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. España.

²UGC Pediatría. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

PUNTOS CLAVE

- La vacunación es la medida más eficaz para disminuir la propagación del VHA.
- La vacuna frente al VHA es segura y efectiva.
- Países con alto nivel socioeconómico y, por tanto, baja seroprevalencia de VHA, pueden presentar riesgo moderado de enfermedad grave o brotes en su población adulta, debido a la baja inmunización de la población.
- La vacunación universal en la edad pediátrica podría ser una estrategia preventiva eficaz a la hora de reducir la transmisión de la enfermedad.

INTRODUCCIÓN

La hepatitis por virus de la hepatitis A (VHA) es una enfermedad de distribución mundial, que puede cursar desde formas asintomáticas hasta cuadros fulminantes con fallo hepático; la gravedad aumenta con la edad del sujeto¹. Su mecanismo de transmisión puede ser mediante contacto feco-oral con individuos infectados, con la ingesta de comida o agua contaminada, mediante el uso de drogas por vía parenteral o a través de contacto sexual entre personas con la infección (sobre todo hombres con hombres). Aunque la incidencia parece mantenerse estable, ocasionalmente se producen brotes graves de la enfermedad², en España se ha registrado un aumento de casos por

este motivo recientemente³. En los países con medidas higiénico-sanitarias adecuadas, los niños no suelen cursar la infección, con lo que llegan a la edad adulta sin inmunidad y este es el grupo más susceptible de infección, lo que puede hacer que se produzcan grandes brotes^{1,4}. Es importante tener presentes las medidas de prevención de la enfermedad disponibles en nuestro medio.

EPIDEMIOLOGÍA

El reservorio del virus es el hombre. Su principal mecanismo de transmisión es el feco-oral, mediante la ingesta de agua y comida contaminada por el virus o por contacto directo. El 90% de las infecciones en menores de 6 años transcurre de forma asintomática, sin embargo, la gravedad aumenta con la edad. La enfermedad afecta sobre todo a adolescentes y adultos pertenecientes a grupos de riesgo de hepatitis A. La incidencia en términos generales parece estar disminuyendo⁵, aunque la enfermedad cursa con brotes que pueden ser graves. No obstante, en España se ha reportado un aumento de la incidencia en los últimos años³. Los brotes se deben sobre todo a hombres que tienen sexo con hombres y a los cambios migratorios de personas que viajan a zonas con alta endemicidad². El que no haya gran contacto con el virus durante la infancia, como ocurre por ejemplo en nuestro país, hace que la población llegue a la edad adulta sin inmunidad, siendo este un factor favorecedor clave

Cómo citar este artículo: Martín Masot R, García Soto L. Medidas para prevenir la hepatitis A, ¿es necesaria la vacunación sistemática? Form Act Pediatr Aten Prim. 2019;12:170-2.

de la propagación del brote. España se considera un país con seroprevalencia baja, pero con susceptibilidad frente a la infección moderada⁶.

PREVENCIÓN

La circulación del VHA está fuertemente ligada al desarrollo socioeconómico del país⁶. Mejorar las condiciones socio-sanitarias, la seguridad alimentaria y la inmunización son las vías más eficaces para luchar contra la hepatitis A⁴.

Sobre todo en países menos desarrollados, la transmisión se puede reducir con la potabilización del agua y eliminación de aguas residuales en las comunidades, además de prácticas de higiene como el lavado de manos. Por otra parte, brotes recientes de la enfermedad a nivel mundial^{7,8} se han ocasionado como consecuencia de prácticas sexuales entre hombres, por lo que es fundamental dotar de educación sanitaria y de medidas barreras a este colectivo, aunque, a pesar de haberse instaurado ya medidas en este sentido, los brotes siguen apareciendo.

La forma más importante de prevenir el VHA es la vacunación, que es clave a la hora de reducir la incidencia de la enfermedad. La vacuna es segura y efectiva, consigue niveles protectores de anticuerpos casi el 100% de los sujetos que se la administran tras un mes de la primera dosis⁹.

VACUNACIÓN FRENTE VHA Y SITUACIÓN EN NUESTRO PAÍS

En España disponemos de varios preparados comerciales de vacunas inactivadas para su uso en la edad pediátrica: HAVRIX[®], VAQTA[®], TWINRIX[®], esta última con antígeno de superficie del virus de la hepatitis B. Desde los noventa se han comercializado vacunas vivas atenuadas e inactivadas, ambas opciones son seguras y efectivas, logrando cifras de seroprotección de casi el 100%, similar a los niveles obtenidos tras la infección⁶. Se estima que la duración de la inmunidad tras 2 dosis de vacuna inactivada podría ser de hasta 25 años⁹. El esquema de vacunación sería de 2 dosis en la primovacuna, separadas por 6 meses, o 3 dosis con esquema 0, 1,6 si se administra junto a la vacuna frente VHB. En casos de viajeros puede utilizarse pauta acelerada 0-7-21 días con dosis de recuerdo a los 12 meses, y se recomienda que la primera dosis se administre, al menos, un mes antes del viaje a la zona endémica^{3,10}.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la vacunación debería de formar parte del programa de vacunación en

función de la endemidad en la población (prevalencia de anticuerpos contra el virus en un país o región), aunque distintos países con endemidad baja han implementado la vacuna frente al VHA de forma sistemática en la población, obteniendo resultados positivos tanto en disminución de los casos^{11,12} como en términos de seroprotección¹³, puesto que la estrategia de vacunar únicamente en situaciones especiales no previene los brotes que se están produciendo, debido a la escasa inmunidad presente en la población. Se consideran zonas de alta endemidad aquellas con bajo nivel socioeconómico, como gran parte de África Subsahariana, Sudamérica o el Sudeste Asiático¹⁴.

Actualmente, en España, únicamente en Cataluña, Ceuta y Melilla la vacunación frente VHA forma parte del calendario de vacunación universal, en las demás comunidades la vacunación se realiza únicamente en determinados grupos de riesgo. No obstante, la Asociación Española de Pediatría, a través del Comité Asesor de Vacunas (CAV), considera que: "la vacunación universal de todos los niños podría ser la estrategia óptima para la eventual eliminación y control de esta enfermedad"¹³.

INDICACIONES Y SITUACIONES ESPECIALES

Se recomienda la vacunación preexposición en las siguientes situaciones¹⁰: personas con hepatopatía crónica, o que han recibido o están en espera de trasplante; personas con conductas de riesgo, como adicción a drogas por vía parenteral u hombres que tienen sexo con hombres con múltiples parejas o profesionales del sexo; personas que trabajan con primates no humanos o en el laboratorio con el VHA; viajeros que se desplazan a zonas de moderada o alta endemidad, sobre todo niños nacidos en España de padres originarios de estos países. Además, el CAV³ recomienda la vacunación preexposición en receptores de hemoderivados como hemofílicos, personas con síndrome de Down, personal que trabaja en guarderías y en los niños mayores de 12 meses que acuden a ellas, por el riesgo de difusión en las mismas.

La vacuna posexposición se recomienda en general tras contactos estrechos de personas con hepatitis A, preferiblemente en los 7 días siguientes. Se aconseja en los contactos personales en casos de brotes en escuela o en una clase, a los niños no vacunados y personal cuando se detectan casos en 2 o más familias de los niños de un centro, y a los miembros de las familias menores de 40 años cuando se detectan casos en 3 o más familias³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lorenzo Ortega R, O'Donnell Corté B, González Serna R, Gallardo García V, López Hernández B. Cambios en el patrón epidemiológico de la hepatitis A en Andalucía: 2007-2017. *Rev Esp Salud Publica* 2018;92:e1-7.
2. Godoy P, Carmona G, Manzanares S, Jane M, Borràs E, Camps N, et al. Trends and risk factors of hepatitis A in Catalonia after the introduction of a hepatitis A+B vaccination programme. *J Viral Hepat*. 2018;25:1001-7.
3. Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Hepatitis A. En: Manual de Vacunas en línea de la AEP [en línea] [consultado el 23/09/2019]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-28>
4. Hepatitis A. En: Organización Mundial de la Salud [en línea] [consultado el 23/09/2019]. Disponible en: www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a
5. Gossner CM, Severi E, Danielsson N, Hutin Y, Coulombier D. Changing hepatitis A epidemiology in the European Union: new challenges and opportunities. *Euro Surveill*. 2015;20. pii: 21101.
6. Carrillo-Santistevé P, Tavoschi L, Severi E, Bonfigli S, Edelstein M, Bystrom E, et al. Seroprevalence and susceptibility to hepatitis A in the European Union and European Economic Area: a systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2017;17:e306-19.
7. Epidemiological update: hepatitis A outbreak in the EU/EEA mostly affecting men who have sex with men. En: European Centre for Disease Prevention and Control [en línea] [consultado el 23/09/2019]. Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/en/news-events/epidemiological-update-hepatitis-outbreak-eueea-mostly-affecting-men-who-have-sex-men-2>
8. Beebejaun K, Degala S, Balogun K, Simms I, Woodhall SC, Heinsbroek E, et al. Outbreak of hepatitis A associated with men who have sex with men (MSM), England, July 2016 to January 2017. *Eurosurveillance*. 2017;22.
9. Ott JJ, Irving G, Wiersma ST. Long-term protective effects of hepatitis A vaccines. A systematic review. *Vaccine*. 2012;31:3-11.
10. Grupo de trabajo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Recomendaciones de vacunación frente a hepatitis A en grupos de riesgo. En: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [en línea] [consultado el 23/09/2019]. Disponible en: www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Recomend_HepatitisA.pdf
11. Chironna M, Prato R, Sallustio A, Martinelli D, Tafuri S, Quarto M, et al. Hepatitis A in Puglia (South Italy) after 10 years of universal vaccination: need for strict monitoring and catch-up vaccination. *BMC Infect Dis*. 2012;12:271.
12. Levine H, Kopel E, Anis E, Givon-Lavi N, Dagan R. The impact of a national routine immunisation programme initiated in 1999 on Hepatitis A incidence in Israel, 1993 to 2012. *Eurosurveillance*. 2015;20:21040.
13. Espul C, Benedetti L, Linares M, Cuello H, Lo Castro I, Thollot Y, et al. Seven-year follow-up of the immune response after one or 2 doses of inactivated hepatitis A vaccine given at 1 year of age in the Mendoza Province of Argentina. *Hum Vaccin Immunother*. 2017;13:2707-12.
14. Jacobsen KH, Wiersma ST. Hepatitis A virus seroprevalence by age and world region, 1990 and 2005. *Vaccine*. 2010;28:6653-7.