

SUMARIO

Prevención y control de la hepatitis A	1
Situación de las E.D.O. en Navarra. Semanas 27 a 39 de 2009	4

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HEPATITIS A

Introducción

La hepatitis A es una de las enfermedades transmisibles prevenibles más frecuentes en el mundo. Se estima que cada año se producen 1,5 millones de casos clínicos, aunque la incidencia de la infección puede ser tres a diez veces superior debido al gran número de casos asintomáticos. En los países desarrollados las medidas de saneamiento han conseguido reducir la incidencia a niveles muy bajos, lo que hace que la mayor parte de los niños y jóvenes permanezcan susceptibles. En el resto del mundo el riesgo de infección es alto y la mayoría de la población la adquiere en la infancia.

Está producida por un virus de la familia Picornaviridae, género Hepavirus. Cursa de forma aguda autolimitada y puede variar desde formas inaparentes (sin aumento de las aminotransferasas) o infección subclínica (asintomática, con aumento de las aminotransferasas) hasta infección clínica clara. La clínica es común a la de otras hepatitis aguda. Los síntomas típicos son la ictericia y coluria. Se acompañan habitualmente de anorexia, náuseas, vómitos, malestar general, fiebre, cefalea, dolor abdominal, heces pálidas y artralgias. La sintomatología está relacionada con la edad. El 50-90% de las infecciones en los menores de 5 años son asintomáticas. La complicación más grave y muy infrecuente (0,14-0,35%) es la insuficiencia hepática fulminante.

El período de incubación es de 15 a 50 días (media 28 días). La transmisión es persona a persona por vía fecal oral y la mayoría de los contagios ocurren en contactos estrechos, convivientes, familiares y contactos sexuales. Otras formas de transmisión son la hídrica y alimentaria, y muy raramente, la hemática. El virus se multiplica en el hígado, se elimina por la bilis y se encuentra en concentraciones altas en heces. Las concentraciones máximas aparecen 2 se-

manas antes de la ictericia o aumento de transaminasas y disminuyen después de la ictericia.

La duración de la enfermedad es variable, pero la mayoría mejoran en pocas semanas. Aunque no produce infección crónica se han descrito infecciones recidivantes o bifásicas. La tasa de recidiva varía del 1,5 al 12%, se producen con intervalo de 4-15 semanas tras la infección original. No se conocen casos de segundas infecciones por el virus por lo que se piensa que la inmunidad es de por vida.

La presencia de IgM específica es diagnóstica de infección en la fase aguda.

Situación de la hepatitis A en España

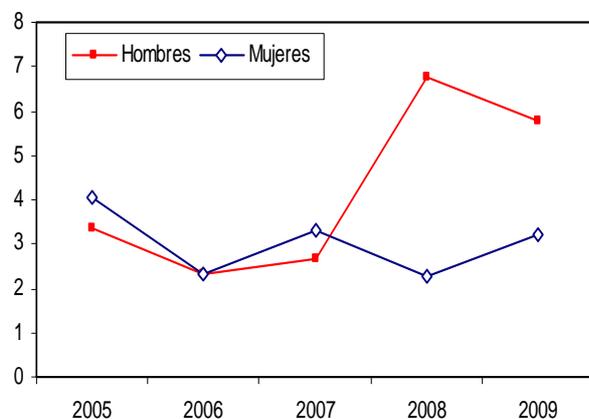
Según la Encuesta de seroprevalencia realizada en España en 1996, el 80% de los mayores de 40 años tenían anticuerpos frente a la hepatitis A. Estas personas tendrían en 2009 más de 52 años. Sin embargo, en las poblaciones más jóvenes la prevalencia de anticuerpos caía de forma radical, reflejando la menor exposición al virus durante la infancia e indicando un cambio rápido en el patrón epidemiológico.

En los últimos dos años se viene produciendo un aumento en la incidencia de hepatitis A en España, que rompe la tendencia descendente previa. Entre las posibles explicaciones están los casos relacionados con viajes, brotes escolares y brotes en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH). Entre estos últimos destacan por su magnitud un brote en Cataluña con más de 100 casos que comenzó en septiembre de 2008, y varios brotes en Andalucía y Canarias. En Navarra, no se ha identificado como tal la conexión de los casos en brotes relacionados con prácticas homosexuales entre hombres, pero varios de los casos de hombres adultos han referido esta posible vía de contagio.

Situación en Navarra, 2005–2009

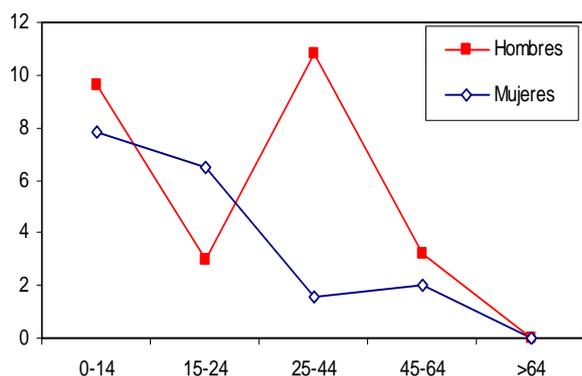
Los casos declarados de hepatitis A alcanzaron niveles bajos entre 2006 y 2007, pero se han duplicado en los dos últimos años. En tasas de incidencia hemos pasado de una media en el periodo 2005–2007 de 3 casos por 100.000 habitantes a una incidencia de 4,6 por 100.000 en 2008–2009, lo que supone un aumento del 35%. Este aumento de los casos en los dos últimos años afecta exclusivamente en hombres (Figura 1). Mientras que en el periodo 2005–2007 el 46% de los casos correspondieron a hombres, en el bienio 2008–2009 este porcentaje ascendió al 70%. En el periodo 2005–2007, la incidencia media fue de 2,8 en hombres y 3,2 por 100.000 en mujeres, mientras que en el periodo 2008–2009 pasó a 6,4 en hombres y 2,7 casos por 100.000 en mujeres.

Figura 1. Tasa de incidencia de hepatitis A por 100.000 habitantes según sexo



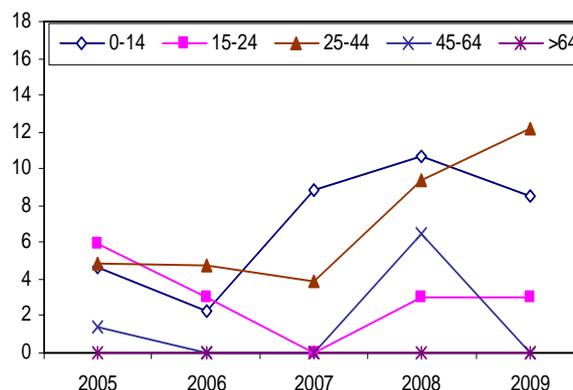
En el periodo 2008–2009, la incidencia en mujeres fue mayor en el grupo de 0 a 14 años y disminuyó en los sucesivos grupos de edad. Los hombres también tuvieron incidencias elevadas en el grupo de 0 a 14 años, pero presentaron un segundo pico de incidencia entre 25 y 44 años (Figuras 2 y 3). En hombres de esta edad se ha pasado de una incidencia media de 4,5 casos por 100.000 en el trienio 2005–2007 a 10,8 por 100.000 en el bienio 2008–2009, lo cual supone un aumento del 58%.

Figura 2. Incidencia media anual de hepatitis A por 100.000 habitantes, por sexo y grupo de edad. Navarra, periodo 2008–2009



En el periodo analizado se declararon 15 brotes de hepatitis A, entendiéndose como tal la aparición de dos o más casos de dentro de los primeros 15 días tras la aparición del primero. De estos brotes, 12 han sido pequeños brotes familiares que en conjunto afectaron a 28 personas y 3 brotes escolares, en los que hubo 9 afectados. En 3 de los 12 brotes familiares había antecedente reciente de viaje a zonas de alta endemia. Entre todos los brotes se afectaron 37 personas, un 38% de todos los casos declarados de hepatitis A.

Figura 3. Tasa de incidencia de hepatitis A por 100.000 hombres, según año y grupo de edad.



Medidas preventivas

Las mejoras en el saneamiento y en la higiene han demostrado ser medidas tremendamente eficaces para reducir la transmisión de la hepatitis A. Adicionalmente, como medidas preventivas disponemos de la posibilidad de inmunización pasiva mediante inmunoglobulina inespecífica y de inmunización activa mediante la vacuna.

La inmunidad pasiva con concentrado de inmunoglobulinas administrada en los primeros días tras la exposición puede proporcionar una protección completa contra la infección.

Vacuna

Las **vacunas** de hepatitis A están elaboradas con cepas del virus inactivadas con formaldehído. Existen presentaciones de hepatitis A aislada y combinada frente a hepatitis A+B. Son vacunas muy inmunógenas. Después de una dosis producen concentraciones de anticuerpos superiores a los producidos por la inmunoglobulina. Una segunda dosis a los 6–18 meses genera una concentración de anticuerpos de refuerzo, pero habitualmente menor que la alcanzada con la inmunidad natural. Cuatro semanas después de una dosis de vacuna el 95–100% de los niños de más de 2 años de edad y de los adultos responden con concentraciones consideradas protectoras.

Esta vacuna no se puede utilizar en menores de 12 meses de edad. No se ha estudiado el uso en mujeres embarazadas, pero al ser virus inactivados el riesgo ha de ser bajo. Se ha demostrado persistencia de anticuerpos en adultos y niños vacunados al menos durante 5–8 años. Los modelos matemáticos estiman que los anticuerpos pueden persistir hasta 20 años tras la vacunación.

Los efectos adversos frecuentes son: dolor, hipersensibilidad o eritema, de manera leve o transitoria hasta un 21% de niños y 56% de adultos. Las reacciones sistémicas afectan al 5% de los vacunados e incluyen astenia, fiebre, diarrea y vómitos.

En Navarra, como en la mayor parte de CCAA, la vacuna de la hepatitis A no está incluida en el calendario de vacunaciones. En la Ponencia de Programas de Vacunaciones del Consejo Interterritorial se puso de manifiesto lo siguiente: "Parece difícil plantear la vacunación universal en este momento sin tener un conocimiento amplio de la eficiencia de la vacunación y de la carga real de esta enfermedad en términos de salud pública (hospitalizaciones, mortalidad), así como de protección conferida por las vacunas. Además, parece importante considerar la sobrecarga del calendario vacunal y tener en cuenta las vacunas que están más o menos próximas a su autorización".

La **indicación de la vacuna de la hepatitis A** se limita a los siguientes grupos:

- Viajeros a zonas endémicas
- Hepatopatía crónica o hepatitis B o C
- Pacientes hemofílicos
- Candidatos a transplante de órganos.
- Familiares o cuidadores de casos de hepatitis A.
- Personas infectadas por el VIH
- Varones homosexuales que tengan contactos sexuales múltiples,
- Usuarios de drogas por vía parenteral.
- Manipuladores de alimentos, personal de guarderías infantiles, hospitales o centros asistenciales y otras situaciones de riesgo ocupacional.

Profilaxis post-exposición

La profilaxis post-exposición tienen utilidad en las dos semanas posteriores a la exposición. Antes de la aprobación de la vacuna, la profilaxis post-exposición se realizaba con **inmunoglobulina**. Varios estudios sugieren que la vacuna de la hepatitis A puede ser útil cuando se administra en las dos semanas tras la exposición en personas no vacunadas previamente. Esta pauta tiene una efectividad del 80-90% y ha demostrado ser efectiva para controlar brotes por la inmunidad de grupo.

Indicación de profilaxis post-exposición

1. Contacto personal estrecho

- Contactos familiares y sexuales susceptibles de un caso confirmado de hepatitis A, que no hayan sido previamente vacunados.
- Cuidadores domiciliarios de casos confirmados de hepatitis A (niños o ancianos incontinentes).
- Personas que comparten drogas vía parenteral con un caso confirmado de hepatitis A.

2. Guarderías

Administrar profilaxis post-exposición a todo el personal del centro no vacunado previamente (niños y cuidadores) en las siguientes situaciones:

- Uno o más casos en niños o cuidadores.

- Dos o más casos en contactos familiares de niños de la guardería (si el centro no atiende a niños con pañales únicamente se dará profilaxis a los niños de la clase del caso índice).
- En caso de aparición de un brote (casos en 3 ó más familias): Además se administrará profilaxis a los contactos familiares de todos los niños que utilicen pañales

3. Fuente Común

- Ante el diagnóstico de hepatitis A en un manipulador de alimentos, se administrará profilaxis post-exposición a otros manipuladores del mismo establecimiento que no estén vacunados.
- La transmisión de la enfermedad a través de alimentos a los consumidores es muy poco probable. No obstante se podría considerar la administración de profilaxis a los consumidores en caso de que la investigación epidemiológica indique transmisión del virus en los siguientes casos:
 - Manipulador de alimentos con diarrea o pobres hábitos higiénicos, que ha manipulado alimentos en el periodo de transmisibilidad.
 - Los clientes pueden ser localizados y tratados en los 15 días tras la exposición.
 - Exposición repetida al virus.
- En brotes a partir de una fuente común no está indicada la profilaxis a los expuestos ya que el primer caso habrá aparecido más de 2 semanas después de la exposición, y la vacuna o la IG ya no es efectiva pasando ese periodo.

4. Colegios, hospitales y centros de trabajo

- No está indicada la profilaxis en:
 - Contacto escolar o laboral de caso único.
 - Personal sanitario en contacto con un caso
- Puede considerarse la profilaxis personas que tengan contacto estrecho con un caso cuando la investigación epidemiológica demuestre la transmisión de la hepatitis A entre estudiantes en un colegio, o entre pacientes o compañeros de trabajo del hospital.

Pauta de profilaxis post-exposición

- Menores de 12 meses: 1 dosis (0,02 mL/Kg de peso corporal) de inmunoglobulina humana polivalente (Beriglobina P®)
- Personas de 12 meses a 40 años: 2 dosis de vacuna, la primera tras la exposición y la segunda pasados 6 meses.
- Adultos mayores de 40 años: 1 dosis (0,02 mL/Kg de peso corporal) de inmunoglobulina humana polivalente (Beriglobina P®). En este grupo se puede utilizar la vacuna si la inmunoglobulina no está disponible.
- Personas Inmunocomprometidas, pacientes con enfermedad crónica hepática y pacientes en los que la vacuna está contraindicada: 1 dosis (0,02 mL/Kg de peso corporal) de inmunoglobulina polivalente (Beriglobina P®).

A las personas a los que se les administra inmunoglobulina y también tiene indicación de recibir la vacuna por otras causas, se les administrará la vacuna simultáneamente a la inmunoglobulina.

SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (E.D.O.) EN NAVARRA. SEMANAS 27 A 39. PERIODO 2004-2009

ENFERMEDADES	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Enfermedades de Transmisión Alimentaria						
Botulismo	-	-	-	-	-	-
Cólera	-	-	-	1	-	-
Disentería Bacilar	5	35	6	1	3	5
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	-	-	-	-	-	-
Toxiinfección Alimentaria	146	115	62	61	40	68
Listeriosis*	-	-	-	2	1	1
Triquinosis	-	-	-	-	-	-
Enfermedades de Transmisión Respiratoria						
Enfermedad Meningocócica	3	2	4	5	1	5
Enf. Neumocócica invasiva*	-	-	-	17	3	7
E. invasiva H influenzae tipo b*	-	-	-	1	-	-
Gripe	338	176	74	83	68	4280
Legionelosis	9	7	8	6	3	8
Tuberculosis Respiratoria	13	13	14	13	15	10
Otras Tuberculosis	5	4	7	5	2	5
Varicela	263	371	293	462	113	64
Enfermedades de Transmisión sexual						
Infección Gonocócica	10	5	7	26	7	4
Sífilis	5	1	4	2	3	5
Enfermedades Prevenibles por Inmunización						
Difteria	-	-	-	-	-	-
Parotiditis	12	2	100	211	37	25
Poliomielitis	-	-	-	-	-	-
Rubéola	-	-	1	-	-	1
Sarampión	-	-	-	-	-	-
Tétanos	-	-	-	-	-	-
Tos ferina	1	3	5	6	7	0
Hepatitis Víricas						
Hepatitis A	1	4	-	2	7	6
Hepatitis B	1	1	3	4	4	1
Otras Hepatitis	-	2	3	1	1	0
Zoonosis						
Brucelosis	-	-	-	-	-	-
Hidatidosis	-	-	3	1	2	1
Leishmaniasis	-	-	-	-	-	-
Rabia	-	-	-	-	-	-
Carbunco	-	-	-	-	-	-
Tularemia	-	-	-	-	-	-
Enfermedades Importadas						
Fiebre Amarilla	-	-	-	-	-	-
Fiebres hemorrágicas virales*	-	-	-	3	-	1
Paludismo	2	1	5	4	10	2
Peste	-	-	-	-	-	-
Tifus Exantemático	-	-	-	-	-	-

*Enfermedades vigiladas desde 2007