

PRÁCTICAS PROFESIONALES

Hepatitis A: características y prevención

P. Masferrer Boix, H. Comas Soler

Centro de Atención Primaria Salt 2. Salt (Girona)

Introducción

La hepatitis A es una enfermedad frecuente durante la infancia en todo el mundo, es de contagio fácil y evoluciona de manera favorable en casi todos los pacientes infantiles. Producida por el virus de la hepatitis A (VHA o HAV), tiene tendencia a ser epidémica y recurrente en las regiones de bajo desarrollo socioeconómico y de escasa salubridad pública, donde afecta a la mayoría de la población durante la infancia o la adolescencia. Suele presentarse en forma de brotes que comprometen a comunidades cerradas (guarderías, colegios, campamentos, cuarteles), barrios marginales y zonas rurales. En España, la enfermedad presenta una epidemia intermedia, pese a que su incidencia ha disminuido de manera considerable en los últimos veinte años. Los países del sur de Asia, de África y de América Central son de epidemia alta; los sudamericanos y de la cuenca mediterránea son de epidemia intermedia; Japón, los países de América del Norte, Australia y Nueva Zelanda se consideran de epidemia baja, y los países escandinavos de epidemia muy baja.

Esta forma de hepatitis es responsable de más de la mitad de todos los casos de hepatitis aguda. Puede afectar a personas de cualquier edad y condición, aunque la máxima incidencia se registra entre los 5 y 15 años de edad. El hecho de padecer la enfermedad deja inmunidad duradera, como demuestran los niveles séricos de inmunoglobulina G específica (anti-HAV IgG) que presentan los pacientes a partir de la convalecencia. Estos niveles indican contacto previo con el virus, pero no necesariamente infección; no obstante, identifican a quien no necesita recibir la vacuna.

Características clínicas

La hepatitis A se transmite por vía fecal-oral, es decir, mediante las deposiciones del paciente que contaminan las manos, la ropa, los juguetes, la vajilla, la comida, el agua de beber, etc. La transmisión perinatal, por medio de una transfusión de sangre o por vía sexual se considera poco probable, pero no por ello debe desestimarse. El periodo de incubación es de 15 a 40 días (media: 25-30); durante este tiempo no se observa signo o síntoma ninguno.

Se supone que el periodo en que el paciente es contagioso comienza una semana después del contagio y se sabe que concluye unos días después de iniciarse la ictericia. Este signo clínico, la ictericia, sólo se presenta en una minoría de los pacientes infantiles (10%) y, en cambio, afecta a la mayoría de los pacientes adultos (80%). Así, la hepatitis A puede cursar de una manera discreta, con pocos síntomas, síntomas inespecíficos o casi sin ellos, o bien presentarse con un cuadro clínico característico.

Los signos y síntomas de la hepatitis A permiten establecer tres periodos clínicos:

- *Periodo inicial o preictérico.* Con una duración de 4-5 días, los síntomas más habituales son los gastrointestinales: anorexia (más marcada en niños mayores), náuseas o vómitos, diarrea o estreñimiento, y dolor epigástrico. También puede haber síntomas aún menos específicos, como un síndrome gripal (seudogripal), astenia, malestar, fiebre, cambio de carácter y dolores musculares o de garganta. Hacia el final del periodo preictérico suele observarse coluria: las orinas oscuras, de color coñac o color cola, suelen preceder en 2-3 días a la ictericia.
- *Periodo de estado o ictérico.* La aparición de la ictericia suele coincidir con la desaparición de los síntomas de la fase anterior, aunque la astenia y sobre todo la anorexia pueden persistir durante un tiempo variable. También variables son la duración de la ictericia y su intensidad. La ictericia se debe al aumento del nivel de bilirrubina sérica, y este nivel no guarda una correlación directa con la



Correspondencia:

Dirección: Av. Marqués de Camps, 52. 17190 Salt (Girona)
Teléfono: 972 439 136. Fax: 972 439 134
Correo electrónico: paumasferrer@gmail.com

Pau Masferrer Boix, Helena Comas Soler

intensidad del amarillo que se observe en la piel y la esclerótica del paciente, sino que depende de la pigmentación de la piel, de la etnia. Durante el periodo icterico se acentúa la coluria y aparece la acolia, que es la coloración pálida (hipocolia) de las heces, que incluso pueden ser casi blancas (acolia). Este periodo suele durar de 1 a 2 semanas, pero puede ser más largo.

- *Periodo post-ictérico o de convalecencia.* Suele producirse entre 2 y 4 semanas después de iniciarse los síntomas de la hepatitis, y se caracteriza por la paulatina desaparición de la coluria, la acolia y la ictericia; esta última deja de observarse primero en la piel y por último en las conjuntivas. La duración del periodo de convalecencia depende de la intensidad de la enfermedad y de la edad del niño.

La hepatitis A casi siempre es benigna en los niños: evoluciona de manera autónoma y completa. Sin embargo, los niños pueden contagiar a los adultos no inmunes, que evolucionan de manera diferente: en el 80% de ellos la evolución clínica obliga al absentismo laboral o universitario durante de 1 a 3 meses. El 8-10% de los pacientes con ictericia evolucionan de manera prolongada. En mayores de 40 años, la mortalidad de la enfermedad alcanza el 2% y cabe esperar que un porcentaje similar de pacientes sufra hepatitis fulminante, que obliga al trasplante hepático. Así pues, la necesidad de prevenir esta enfermedad resulta evidente.

Prevención: la vacuna

En los países de endemia alta, la prevención de la hepatitis A exige antes que nada medidas de salubridad pública, en especial la potabilización de las aguas. En los de endemia intermedia, lo más conveniente es combinar vacuna y medidas de salud pública. En los países de endemia baja se recomienda la vacunación universal durante la infancia, y en los países de endemia muy baja, sólo la vacunación de los viajeros internacionales.

La vacuna contra la hepatitis A, de virus inactivados (tabla 1), se debe administrar por vía intramuscular. No debe usarse la vía subcutánea puesto que podría inducir una menor respuesta inmunitaria, excepto en niños hemofílicos o con una disminución importante del número de plaquetas, en cuyo caso sí cabe administrarla por vía subcutánea. En sus últimas recomendaciones (2012), el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP) propone esta vacuna sólo para quienes considera grupos de riesgo (tabla 2) y para quienes han estado expuestos al contagio de forma directa (tabla 3). Propone

Tabla 1. Presentaciones en España de la vacuna antihepatitis A, sola o combinada con antihepatitis B (A + B)

Antihepatitis A
<ul style="list-style-type: none"> • Havrix™ 720 (GSK), 0,5 mL: 1-18 años • Havrix™ 1440 (GSK), 1 mL: >18 años • Vaqta® 25 (AP-MSD), 0,5 mL: 2-18 años • Vaqta® 50 (AP-MSD), 1 mL: >18 años • Avaxim® (AP-MSD), 0,5 mL: >16 años • Epaxal® (Berna), 0,5 mL: >2 años
Antihepatitis A combinada con antihepatitis B
<ul style="list-style-type: none"> • Twinrix® pediátrico (GSK), 0,5 mL: 1-15 años • Twinrix® adultos (GSK), 1 mL: >16 años
<p>GSK: GlaxoSmithKline; AP-MSD: Aventis Pasteur-Merck Sharp & Dohme; Berna: Berna Biotech. Adaptada de: Bayas Rodríguez et al. Hepatitis A. En: De Aristegui J, ed. Vacunaciones en el niño. Bilbao: Ciclo, 2004; 450-462.</p>

Tabla 2. Grupos de riesgo para los que el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría recomienda la vacuna contra la hepatitis A (2012)

<ul style="list-style-type: none"> • Viajeros a países con endemicidad intermedia o alta para la infección por el virus de la hepatitis A, sobre todo si son niños inmigrantes que visitan el país de origen (se recomienda administrar la primera dosis al menos un mes antes de viajar a la zona endémica) • Residentes en instituciones cerradas y sus cuidadores • Niños con síndrome de Down y sus cuidadores • Receptores de hemoderivados de forma reiterada • La vacuna está especialmente indicada en niños y adolescentes con mayor riesgo de hepatitis fulminante en caso de infección por el virus de la hepatitis A: pacientes en espera de trasplante hepático o pacientes con cualquier hepatopatía crónica; y pacientes con serología positiva para el virus de la hepatitis B o C, o que estén en tratamiento mantenido con fármacos hepatotóxicos
<p>Adaptada de: Moreno Pérez et al. Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2012. An Pediatr (Barc). 2012; 76: 42. e1-42.e23.</p>

administrarla en dos dosis, separadas por 6-12 meses, a partir del año de edad. Algunos expertos consideran oportuna la vacunación universal y cuestionan la recomendación de vacunar sólo a los individuos que la sanidad oficial consideraba grupos de riesgo en 1998 (tabla 4).

En Cataluña, la vacunación universal contra la hepatitis A se lleva a cabo, con carácter de prueba piloto, desde el curso lectivo 1998-1999. Aprovechando el circuito de vacunación contra la hepatitis B de los preadolescentes, se sustituye la vacuna Engerix™-B (antihepatitis B) por Twinrix® pediátrico (vacuna combinada: antihepatitis A y B), según una pauta de tres dosis (meses 0, 1 y 6) que se administra a todos los alumnos de sexto de primaria (11-12 años). La inmunogenicidad de la vacuna combinada para los dos virus, A y B, es igual a la que se consigue administrando las vacunas correspondientes por separado.

Tabla 3. Indicaciones de profilaxis post-exposición, con vacuna antihepatitis A, en los 14 días siguientes al contacto (Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría)

- Contacto domiciliario con un caso agudo de infección por el virus de la hepatitis A
- De forma preferente ante la presencia de brotes en guarderías

Tabla 4. Grupos de riesgo para los que la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo de España recomienda la vacuna contra la hepatitis A (1998)

- Viajeros internacionales, excepto a Australia, Canadá, Estados Unidos, Europa occidental, Japón y Nueva Zelanda
- Varones homosexuales promiscuos
- Consumidores de drogas por vía intravenosa
- Pacientes hemofílicos
- Familiares o cuidadores de pacientes con hepatitis A
- Trabajadores en contacto con aguas residuales
- Personal médico y paramédico de las instituciones sanitarias
- Personal de guarderías infantiles
- Pacientes con hepatopatías crónicas
- Pacientes con trasplante renal
- Y en cualquier otro caso que determine la autoridad sanitaria

Adaptada de: Bruguera. Vacunación universal contra la hepatitis A: ¿aún no? Vacunas. 2005; 6: 101-105.

Según datos de 2003, esta vacunación ha conseguido una caída importante en la incidencia de la hepatitis A en Cataluña, que ha pasado de 8 casos por 100.000 a menos de 2. La vigencia de esta vacunación piloto está prevista hasta el curso lectivo 2013-2014. Paralelamente, el Protocolo de atención a niños inmigrados (Programa de seguimiento del niño sano) para Cataluña, de 2005, indica vacunar a todos los niños inmigrados e hijos de inmigrantes mayores de 12 meses, ya que son candidatos a viajar al país de origen y, por tanto, forman parte de la categoría de niños de riesgo.

Participación de enfermería

Además de su participación en el proceso de vacunación individual y en el seguimiento minucioso de la vacunación universal, escolar, la enfermería pediátrica está llamada a desarrollar un papel decisivo e inmediato si se observara un caso de hepatitis A en la comunidad. Deberá considerar que allí donde se detecte un caso con clínica (es decir, con síntomas o con un análisis de sangre compatible con el diagnóstico) puede haber varios más, poco o nada sintomáticos, habida cuenta de la tendencia de esta enfermedad a cursar sin síntomas o con síntomas leves o inespecíficos. Por lo tanto, hay que actuar con rapidez, como si hubiera más casos que los observados. El objetivo es detener la transmisión de la enfermedad, y para ello es necesario aislar al paciente, extremar las medidas de higiene per-

sonal (tanto en los niños como en los cuidadores, maestros, padres, etc.) y mantener una vigilancia atenta.

Si se trata de un colegio o una guardería, es imperioso insistir en el lavado de las manos de los alumnos y del personal (docente y no docente), así como en la higiene de cocinas y baños. Todos deben disponer de jabón, de preferencia líquido y mejor en dispensador, de agua en abundancia para lavarse las manos, sobre todo después de ir al lavabo y antes de comer, y de toallas de papel o secador de aire. La correcta eliminación de las aguas y de los pañales sucios reviste máxima importancia, así como las atenciones a los niños del comedor escolar.

La hepatitis A es una enfermedad de declaración individualizada (y urgente en caso de brote epidémico) ante las autoridades sanitarias. Los centros escolares y de salud deben tener a mano el teléfono correspondiente. La autoridad de salud pública determinará si es necesario administrar la vacuna o inmunoglobulina inespecífica, o ambas cosas, a los contactos, reales o potenciales. La protección que ofrece la inmunoglobulina es breve, de unos 3 meses, pero se inicia unas horas después de administrarla; la vacuna, en cambio, ofrece un nivel de protección más alto y más duradero, pero al cabo de 12-15 días de administrada. Cataluña cuenta, desde 1991, con un protocolo para el control y la prevención de la hepatitis A, y el conjunto español cuenta con el protocolo de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Bibliografía

- Bayas Rodríguez JM, Moraga Llop F. Hepatitis A. En: De Aristegui J, ed. Vacunaciones en el niño. Bilbao: Ciclo, 2004; 450-462.
- Bruguera M. Vacunación universal contra la hepatitis A: ¿aún no? Vacunas. 2005; 6: 101-105.
- Camarena Grande M. Hepatitis agudas. En: Argüelles Martín F, et al., eds. Tratado de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Madrid: Ergon, 2011; 515-524.
- Camps N, Carmona G, Minguell S. Protocol d'actuació per al control i prevenció de l'hepatitis A. Documents de vigilància epidemiològica, 2.ª ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1998 (1.ª ed.: 1991).
- Centro Nacional de Epidemiología. Protocolos de las enfermedades de declaración obligatoria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
- Domínguez A, Salleras L, Carmona G, Batalla J. Effectiveness of a mass hepatitis A vaccination program in preadolescents. Vaccine. 2003; 21: 698-701.
- Moreno Pérez D, Álvarez García F, Aristegui Fernández J, Barrio Corrales F, Cilleruelo Ortega MJ, Corretger Rauet JM, et al. Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2012. An Pediatr (Barc). 2012; 76: 42.e1-42.e23.
- Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica (Programa de seguiment del nen sa). Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2008; 165.
- Protocol d'atenció a infants immigrants (Programa de seguiment del nen sa). Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2005; 45-46.